

CENTRO UNIVERSITÁRIO ÁLVARES PENTEADO - UNIFECAP

MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS

JOSÉ MÁRIO RONCARI

**CONTRIBUIÇÕES AO ESTUDO DA ESTRATÉGIA COMPETITIVA
NA INDÚSTRIA DE SAÚDE SUPLEMENTAR: O CASO UNIMED.**

Dissertação apresentada ao Centro Universitário Álvares
Penteado – UNIFECAP, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Administração de
Empresas

Orientador: Prof. Dr. Éolo Marques Pagnani

São Paulo

2003

CENTRO UNIVERSITÁRIO ÁLVARES PENTEADO - UNIFECAP

Reitor: Prof. Manuel José Nunes Pinto

Vice-reitor: Prof. Luiz Fernando Mussolini Júnior

Pró-reitor de Extensão: Prof. Dr. Fábio Appolinário

Pró-reitor de Graduação: Prof. Jaime de Souza Oliveira

Pró-reitor de Pós-Graduação: Prof^a Dr^a Maria Sylvia Macchione Saes

Coordenador do Mestrado em Administração de Empresas: Prof^o Dirceu da Silva

Coordenador do Mestrado em Controladoria e Contabilidade Estratégica: Prof^o Dr. João B. Segreti

FICHA CATALOGRÁFICA

Roncari, José Mário

R769c Contribuições ao estudo da estratégia competitiva na indústria de saúde
suplementar: o caso UNIMED / José Mário Roncari. -- São Paulo : UniFecap, 2003

193 p.

Orientador: Prof. Dr. Éolo Marques Pagnani

Dissertação (mestrado) – Centro Universitário Álvares Penteado – UniFecap – Mestrado
em Administração de Empresas

1. Administração de empresas 2. Estratégia competitiva 3.
Administração hospitalar 4. Saúde 5. UNIMED

CDD 362.11

FOLHA DE APROVAÇÃO

JOSÉ MÁRIO RONCARI

CONTRIBUIÇÕES AO ESTUDO DA ESTRATÉGIA COMPETITIVA NA INDÚSTRIA DE SAÚDE SUPLEMENTAR: O CASO UNIMED

Dissertação apresentada ao Centro Universitário Álvares Penteado - UNIFECAP,
como requisito para a obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas.

COMISSÃO JULGADORA:

Prof. Dr. Valter Beraldo
Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Mauro Neves Garcia
Centro Universitário Álvares Penteado – UNIFECAP

Prof. Dr. Éolo Marques Pagnani
Centro Universitário Álvares Penteado – UNIFECAP
Professor Orientador – Presidente da Banca Examinadora

São Paulo, 29 de Outubro de 2003

Agradecimentos

Não é uma tarefa fácil agradecer tanto a tantos. Porém, alguns nomes, se faz necessário citar, quer pela contribuição técnica que puderam oferecer a esse trabalho, quer pela compreensão e apoio pessoal nas horas mais difíceis, e foram muitas horas difíceis...

Agradeço primeiramente a Deus, essa energia independente da religiosidade, que piedosamente colocou o meu nome nos Seus Planos. *“Que poderei oferecer ao Senhor por tudo o que tem feito a meu favor ? Elevarei o cálice da Salvação, invocando o nome Santo do Senhor”* {Salmos; 116, 12-13)

Gostaria de agradecer também, aos meus pais José e Vera que por amor me deram vida e por amor me educaram nos valores da Justiça, do Bem Comum e da Honestidade, pelo acolhimento e pela compreensão nas intermináveis horas dedicadas a esse estudo.

Aos meus irmãos que sem muitos questionamentos se privaram da minha companhia e da minha ajuda quando elas foram necessárias.

Ao meu orientador o Prof. Dr. Éolo Marques Pagnani, que dentre todas as lições que me ensinou, me fez entender que para aprender efetivamente é necessário um grande exercício de humildade. Por todas as horas que se dedicou a conversar comigo e pela paciência que teve ao me orientar.

Aos profissionais da Unimed, dirigentes médicos e colegas que gentilmente se prontificaram em me atender nas minhas necessidades de informação e também nas entrevistas.

E finalmente à minha companheira Maria Alice, pela compreensão e incentivo nos momentos difíceis, pelo sorriso sempre aberto, pelo otimismo contagiante e pelo amor zeloso sem os quais esse trabalho não teria sido possível.

A todos vocês e àqueles que porventura não tenha citado nesse singelo agradecimento, o meu respeito, o meu amor e a minha gratidão.

Resumo

O setor de Saúde no Brasil sofreu diversas alterações, principalmente nos últimos quarenta anos, reflexo da incapacidade do poder público em gerir de maneira eficaz as políticas e recursos, da tendência de privatização do setor motivada por essa incapacidade e da alta demanda por serviços de saúde. Nesse cenário surgiram diversas organizações, empresariando os serviços de saúde. Os serviços de saúde por sua vez se tornaram um negócio altamente atrativo em virtude, da própria demanda, da inexistência de maiores exigências para ingresso de empresas no setor e da ausência de mecanismos reguladores por parte do poder público brasileiro. Esse trabalho analisa detalhadamente o caso Unimed, uma organização descentralizada formada por cooperativas de trabalho médico, que atuam no mercado de saúde privado, também caracterizado como de saúde suplementar e que possui características de conduta concorrencial conglomerativa, seguindo padrões econômicos e culturais cooperativistas e que se posiciona com participação marcante e de alta abrangência na demanda nacional. O estudo apresenta análise bibliográfica, documental e desenvolve o estudo de caso como base metodológica para caracterizar os principais fatores críticos de sua estratégia na concorrência com outros agentes.

Palavras-chave: Estratégia, Cooperativas Médicas, Saúde Suplementar

Abstract

The Health area in Brazil has suffered several changes, mainly in the last forty years, resulted from incapacity of the public power to manage in a efficient manner the policies and sources, from the privatization trends of the sector motivated by this incapacity and the from the high demand for health services. In this scenario, many organizations have surged managing the health services. The health services nonetheless have become a highly attractive business due to their particular demand, to the inexistent further requirements to the inroad of companies into the sector and to the absence of regulating mechanisms by the Brazilian public power. This work thoroughly analyzes the Unimed issue, a non-centralized organization composed by medical help cooperatives, which act in the private health sector, also characterized as complementing health sector and which presents characteristics of competitive conglomerating behavior, following cooperative economical and cultural patterns and that is placed with a marking and highly encompassing position in the national demand. The study presents bibliographic and documental analysis and develops the case study as a methodological basis to characterize the main critical factors of its strategy in the competitiveness with other agents.

Key-words: Strategy, Health Cooperatives, Complementing Health

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1. Estrutura Esquemática da Dissertação | 24 |
| Figura 2. Cronologia das Ações Políticas relacionadas à Previdência Pública no Brasil | 28 |
| Figura 3. Estrutura Conglomerativa do Sistema Unimed | 85 |
| Figura 4. Exemplos de Distribuição das atividades pela Estrutura do Sistema Unimed..... | 86 |
| Figura 5. Ciclo da Atividade de Valor e Margem no Sistema Unimed..... | 88 |
| Figura 6. Infra Estrutura da Cooperativa Médica Unimed e Atividades da Cadeia de Valor..... | 89 |
| Figura 7. Distribuição dos Custos nos Serviços de Atendimento Médico do Sistema Unimed | 102 |
| Figura 8. Gráfico do Processo de retro-alimentação - Sistema Unimed e Médico Cooperado | 108 |
| Figura 9. Cálculo da UT (Unidade de Trabalho) do Sistema Unimed | 110 |
| Figura 10. Representação Gráfica do fluxo de Intercâmbio 100% eletrônico..... | 130 |
| Figura 11. Hierarquização do Serviços de Tecnologia da Informação no Sistema Unimed | 132 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Leitos Hospitalares Públicos versus Privados por região geográfica – Brasil..... | 40 |
| Tabela 2. Crescimento do Número de Empresas de Serviços de Saúde Suplementar, segundo modalidade empresarial no período de 1987- 1998 – Brasil | 43 |
| Tabela 3. Crescimento do número de Clientes de Empresas de Saúde Suplementar por modalidade empresarial no período de 1987- 1998 – Brasil | 44 |
| Tabela 4. Distribuição dos Organismos cooperativos na Estrutura Organizacional do Sistema Unimed no período de 2003..... | 73 |
| Tabela 5. Distribuição dos recursos operacionais do Sistema Unimed, de acordo com especificidade do recurso, no período de 2003..... | 74 |
| Tabela 6. Distribuição dos recursos humanos na prestação de Serviços de Saúde Dados Nacionais Serviços de Saúde – Brasil - 2000..... | 75 |
| Tabela 7. Oferta de Recursos médico-hospitalares do Sistema Unimed..... | 76 |
| Tabela 8. Quantidade de usuários e Estrutura de Serviços do Sistema Unimed - 2003..... | 77 |
| Tabela 9. Dados Econômico-Sociais do Sistema Unimed Estimados - 2003..... | 78 |
| Tabela 10. Índice Utilização Serviços colocados à disposição dos usuários pelo Sistema Unimed em 2003 | 98 |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| Capítulo 1 - Introdução | 11 |
| 1.1- Objetivos: Geral e Específico..... | 13 |
| 1.2- Questões Centrais..... | 14 |
| 1.3- Metodologia | 15 |
| 1.4- Princípios teóricos utilizados na análise dos sub-segmentos da indústria de Saúde Suplementar...20 | |
| 1.5- Estrutura do Trabalho | 23 |
| | |
| Capítulo 2 - Estrutura da Indústria da Saúde | 25 |
| 2.1. Prestação de Serviços de Saúde no Brasil - Referencial Histórico..... | 26 |
| 2.2. Os agentes de Saúde – Características Principais..... | 32 |
| 2.2.1. Os Agentes Públicos..... | 33 |
| 2.2.1.1. Modelos de Financiamento Público dos Serviços de Saúde | 37 |
| 2.2.2. Os Agentes Privados..... | 41 |
| 2.2.2.1. Os Planos de Auto-Gestão ou Planos Próprios das Empresas..... | 46 |
| 2.2.2.2. As Medicinas de Grupo | 48 |
| 2.2.2.3. Os Seguros-Saúde | 49 |
| 2.2.2.4. As Cooperativas Médicas | 51 |

| | |
|---|------------|
| Capítulo 3 – Caracterização dos Sistemas Cooperativos | 53 |
| 3.1. Histórico e características Básicas das Cooperativas | 54 |
| 3.1.1. Cooperativismo no Brasil..... | 58 |
| 3.2. Características Jurídicas e Societárias | 60 |
| 3.3. Cooperativas de Trabalho Médico – A Unimed como cooperativa..... | 64 |
| | |
| Capítulo 4 – Estudo de Caso: o Sistema Unimed | 67 |
| 4.1. Histórico da Organização | 68 |
| 4.2. Estrutura Orgânica e Operacional do Sistema Unimed | 70 |
| 4.3. Estrutura Econômica | 76 |
| 4.4. Transformação Conglomerativa | 80 |
| 4.5. Análise da Cadeia de Valor do Sistema Unimed | 85 |
| 4.6. Produtos e Serviços..... | 95 |
| 4.7. Elementos de Coordenação..... | 103 |
| 4.7.1. A viabilidade para o trabalho do médico - Coordenação Singular | 104 |
| 4.7.1.1. Regime de Pagamento a Médicos Cooperados..... | 109 |
| 4.7.1.2. Sistemas de Distribuição de Resultados | 111 |
| 4.7.2. A gestão do Intercâmbio - Coordenação Sistêmica..... | 115 |
| 4.8. Fatores de Competitividade..... | 117 |
| 4.9. Tecnologia da Informação no Sistema Unimed..... | 126 |
| Considerações Finais | 135 |
| Bibliografia | 140 |

Capítulo 1 - Introdução

O Brasil é um país de grandes dimensões e não menores contrastes. Convivem lado a lado indústrias de alta tecnologia e famílias sem acesso à utilização de linhas telefônicas. Os problemas de infra-estrutura são de tal sorte graves, que até bem pouco tempo havia registros de alta mortalidade infantil em decorrência de desidratação. Dentre esses problemas infra-estruturais encontram-se saneamento básico, fornecimento de água tratada e esgotos, abastecimento urbano, emprego e renda, educação e saúde.

O poder público vem, apresentando cada vez maiores dificuldades em prover serviços básicos de saúde à população apresentando alto grau de ineficiência tanto na oferta para atendimento da demanda, quanto na qualidade dos serviços prestados. Ainda que dedique esforços e mecanismos para alcançar situação viável a fim de resolver tal gama de desafios sociais, a história de abandono e erros na área da saúde e a premente falência do setor público de saúde possibilitou e estimulou os empreendedores privados interessados num mercado demandante por serviços de saúde.

De acordo com Braga e Silva apud Negri e Di Giovanni (2000) no tocante à saúde, o sistema econômico capitalista deveria conceber e não só viabilizar serviços de saúde com qualidade e a preços acessíveis e por outro lado os serviços públicos de saúde deveriam fornecer acesso e qualidade de atendimento, sendo financiados por recursos tributários, resultando em auto-sustentabilidade orçamentária e diminuição do custo social.

O fato é que, no seu ciclo histórico de desenvolvimento o Brasil não conseguiu, no campo da saúde, se aproximar desses dois objetivos já que os agentes públicos centralizam os serviços de saúde e se apresentam em quantidade e qualidade inferior à demanda social, enquanto os agentes privados estabelecem uma barreira proibitiva, à medida que acenam com preços inacessíveis, considerada a questão da má distribuição de renda e do nível de emprego no país.

O movimento privatizante da saúde ocorrido mais intensamente no Brasil, a partir de meados da década de 60, apresentou importantes desdobramentos e na etapa atual revela outros níveis de problemas requerendo do Poder Público um movimento no sentido de passar a atuar como agente regulador da qualidade e resolutividade dos sistemas de serviços de saúde.

Dentro dessa problemática e considerando essa nova infra-estrutura, às organizações privadas se abriram amplas possibilidades de mercado e estas passam a ocupar espaços e a atuar intensamente na prestação de serviços de saúde.

Esse tipo de prestação de serviços, denominado de Saúde Suplementar, uma vez que surgiu como complemento e apoio às ações dos serviços públicos de saúde, ocupa na atualidade um lugar de destaque na estrutura de oferta de serviços de saúde, atingindo cerca de 27% de clientes em relação à população brasileira e ampliou o mercado de trabalho para diversas profissões especializadas (médicos, profissionais de enfermagem e trabalhadores administrativos). Além disso, estimulou o alto nível de investimentos, seja em tecnologia, em treinamento especializado, educação e formação, em organizações que requerem grande capacidade de coordenação de operações para viabilizar tais serviços.

Observando-se o ciclo desse movimento estrutural, o aumento do número de empresas prestadoras de serviços de saúde suplementar inicia um crescimento orientado pela demanda, represada pelos serviços públicos de saúde quando sofreram queda significativa nos seus níveis quantitativos e qualitativos, derivado principalmente da queda do poder aquisitivo da população, que fez crescer significativamente a demanda. Neste ciclo é que as iniciativas de investimento empresarial no setor, começam a aparecer com maior vulto, utilizando-se basicamente para ingresso, do modelo denominado *‘medicinas de grupo’*.

Entender a evolução da prestação de serviços de saúde consiste portanto em estudar a ação de agentes privados para atender à demanda por esses serviços, nesse universo. Este capítulo se dedica a uma análise estrutural sintética da situação da saúde no Brasil sob diversos ângulos, visando demonstrar a dinâmica do desenvolvimento da prestação de serviços de saúde no Brasil considerando uma perspectiva histórica.

Abrange ainda fatores importantes que motivaram a evolução e a expansão dos serviços suplementares de saúde e as características dos principais agentes privados e do mercado de saúde suplementar.

Aborda as principais questões que estarão em estudo e que permearam a pesquisa, bem como, aspectos relacionados à metodologia utilizada e às bases teóricas necessárias à fundamentação da análise.

1.1. Objetivos: Geral e Específico

O objetivo geral desse trabalho é contribuir para o conhecimento a respeito da gestão de organizações dedicadas à prestação de serviços na área de saúde. Tomando como referencial uma organização específica, buscando investigar e identificar os principais fatores, determinantes para que se mantenha competitiva no mercado de saúde há quase quatro décadas, detendo-se, mais especificamente, no detalhamento de seus processos de gestão a partir da história do seu desenvolvimento organizacional.

Propõe, portanto dar uma contribuição ao estudo da administração, fazendo referências à prestação de serviços de saúde suplementar, através do relato de características administrativas e operacionais de uma tipologia de organização em particular e considerando ainda os fatores mais relevantes e prevaletentes no seu contexto concorrencial.

O contexto estudado nesse capítulo, considera como se estabelecem as organizações públicas e privadas, salientando que, essas últimas, conforme afirmam Braga e Silva apud Negri e Di Giovanni (2001), podem ser definidas como sistemas de atenção à saúde no espaço mercantil.

Na verdade os autores públicos e privados compõem o mercado total de prestação de serviços de saúde, onde atuam diversas organizações, para atender a uma massa de aproximadamente 42 milhões de brasileiros. Esse espaço mercantil, suas organizações e modelos específicos de atuação no setor constarão da análise empreendida neste capítulo.

No que diz respeito aos objetivos específicos, este trabalho demonstra a característica da organização cooperativa no seu negócio principal (prestação de serviços médicos) e como essa organização, de considerável dimensão e prestando serviços de alta complexidade (como já são naturalmente os serviços médicos), desenvolve mecanismos específicos de competências na geração de seus produtos e serviços.

Aprofunda o estudo de uma organização complexa, dentro de uma estrutura de mercado de prestação de serviços de alta complexidade e apresenta suas relações em diferentes cenários, desde administrativos e financeiros até éticos e regulatórios, definindo como escopo a análise da tipologia da organização, identificando os aspectos específicos mais relevantes para a manutenção e perenidade da mesma.

A organização referida será denominada de agora em diante de Sistema Unimed e, como analisado posteriormente, compõe um conglomerado de características societárias bastante particulares, posicionando-se no mercado de prestação de serviços de saúde há mais de 35 anos.

Constitui portanto o núcleo da análise, referências sobre seu desempenho bem como formas de gestão em diferentes sub-sistemas organizacionais que explicam sua permanência, evolução e crescimento, experimentados, conforme procurar-se-á demonstrar.

1.2. Questões Centrais

No contexto evolutivo do caso em estudo é que foram elaboradas as questões centrais desse trabalho, visando dar subsídios para o entendimento sobre a gestão, funcionamento e alternativas estratégicas na manutenção e posicionamento na Indústria da Saúde Suplementar, do Sistema Unimed, enquanto Cooperativa de Serviços Médicos. As questões buscam nortear a abordagem, a temática e descrevem as intenções claras da pesquisa, quais sejam :

✓ Conhecer e analisar o contexto concorrencial do Sistema Unimed, identificando os principais fatores de competitividade;

✓ Analisar os processos de ampliação coordenada, através dos quais o Sistema Unimed mantém interligadas suas unidades descentralizadas e com alto grau de autonomia;

✓ Identificar os principais fatores de Coordenação Singular e Sistêmica, que podem estar garantindo a unidade organizacional, apesar da marcante característica conglomerativa que a organização apresenta.

1.3. Metodologia

O mercado cada vez mais competitivo, exigindo decisões articuladas e respostas rápidas das organizações, versus uma organização com o alto grau de descentralização como a Unimed e o fato de ter se mantido como referencial de assistência à saúde desde meados da década de 60, mesmo sendo a saúde um setor de alta complexidade é o ponto de análise desse trabalho; o objetivo é conhecer quais os aspectos estratégicos de gestão que caracterizam o posicionamento, o crescimento e o desenvolvimento desse tipo de organização.

O estudo em questão abrangeu um tratamento coerente em relação à revisão bibliográfica que pudesse dar o suporte necessário à exploração do tema, na qual se inserem livros, artigos científicos e teses.

De acordo com Oliveira (1997) a pesquisa bibliográfica não se restringe à pesquisa de documentos; o levantamento bibliográfico é mais amplo e tem a finalidade de conhecer as diversas formas de contribuição científica sobre determinado fenômeno, ele deve possibilitar o encontro de uma série de informações necessárias à elaboração da pesquisa.

Ainda em Cervo e Bervian (2002, p.65) *“a pesquisa bibliográfica procura explicar um problema através de referências teóricas publicadas em documentos. Pode ser realizada independentemente ou como parte da pesquisa descritiva ou experimental. Em ambos os casos, busca conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado, existentes sobre um determinado assunto, tema ou problema.”*

É através da pesquisa bibliográfica que se busca o domínio do *estado da arte* de determinado tema ou assunto; configura-se como condição primordial para desenvolvimento de pesquisa descritiva e primeiro passo para qualquer pesquisa científica. (Cervo e Bervian, 2002).

Lakatos e Marconi (1992) enfatizam que a pesquisa implica em obtenção de dados de variadas fontes através de dois processos: a documentação direta e a indireta. A documentação direta está vinculada à pesquisa de campo ou de laboratório, elencadas aqui as técnicas de observação e entrevistas.

A documentação indireta está vinculada a fontes de dados colhidos por outras pessoas e as informações são obtidas de fontes primárias (pesquisa documental) e de fontes secundárias (pesquisa bibliográfica).

Nota-se então que a pesquisa bibliográfica e documental deverá reportar aspectos importantes do tema pesquisado referenciando informações presentes em diversas fontes ligadas ou não à organização investigada nesse trabalho, que possam auxiliar no seu entendimento. Neste sentido foram considerados relatórios gerenciais, indicadores, publicações corporativas bem como, livros, revistas científicas e artigos relacionados à temática.

Observe-se que na pesquisa bibliográfica, foi inicialmente considerado o tema *saúde* por constituir o setor abrangido neste trabalho. Na bibliografia utilizada para estudo do mercado privado de saúde cabe ressaltar os textos de Célia Almeida, Alexandre Marinho (IPEA) e de Cristina Duarte organizados por Negri e di Giovanni (Unicamp).

Na análise dos temas relacionados ao Cooperativismo destacam-se os textos de Pinho e Marco Túlio de Rose e ao Cooperativismo de Trabalho o texto de Maria Isabel Pereira.

Na abordagem do tema Marketing de Serviços, especial atenção foi dada ao trabalho de Lovelock e Rigth enquanto que para a análise de Administração Estratégica, que serviu como base para análise da organização em estudo, foi utilizada a obra de Michael Porter.

Além disso, não foram desprezados os aspectos relacionados ao cooperativismo médico e ao próprio Sistema Unimed, obtidos principalmente através dos textos de Irion, e dos dados colhidos junto à organização além da realização de entrevistas com o objetivo de detalhar aspectos importantes não conseguidos através da análise bibliográfica.

Cervo e Bervian (2002) afirmam que se mesmo assim os dados puderem ser enriquecidos, ou quando as informações das demais fontes não estiverem completas, ou quando se quiser complementar dados que já foram obtidos, deve-se recorrer à entrevista. A entrevista pode ser estruturada ou não estruturada (Lakatos e Marconi, 1992); as entrevistas estruturadas seguem um roteiro prévio com perguntas construídas para obter determinada informação específica; as entrevistas não estruturadas abstêm-se de dirigir as respostas, permitindo ao entrevistado navegar pelo tema conforme melhor lhe aprouver.

Lakatos e Marconi (1992) enfatizam que a entrevista faz parte do conjunto de métodos de observação direta intensiva, sendo considerada um processo científico e correspondendo à parte prática da coleta de dados. A entrevista é uma conversação feita de forma direta, face a face, deve obedecer a um método e a um planejamento prévios e oferecerá as informações necessárias de maneira verbal.

A entrevista tornou-se ultimamente um instrumento interessante do qual se servem pesquisadores, principalmente em Ciências Sociais, para obterem dados não disponíveis nas fontes bibliográficas e documentais, dados esses de natureza factual ou opiniões que julgue importantes para o desenvolvimento do tema estudado. (Cervo e Bervian, 2002).

A técnica utilizada nesse estudo foi de *entrevistas semi estruturadas*. Há nessa técnica o planejamento prévio das perguntas, mas a postura que o entrevistador procura manter, pronuncia flexibilidade para que o entrevistado possa se manifestar fora do eixo que a pergunta desenha.

O roteiro previamente preparado (**Anexo 1**) obedeceu a uma lógica em que se buscava respostas a aspectos organizacionais como autonomia das cooperativas singulares, liberdade para criação de produtos e serviços, estratégia de negócios e coordenação corporativa. As entrevistas foram realizadas entre Abril e Setembro de 2003 com quatro representantes do Sistema Unimed, dos quais três são médicos cooperados dirigentes e um empregado há mais de dezoito anos prestando serviços à organização, todos possuidores de vivência importante no meio cooperativista médico constituindo pois uma amostra reduzida e selecionada de respondentes.

Estes respondentes em parte estão ligados diretamente à Diretoria da Unimed do Brasil (Confederação Nacional das Cooperativas Médicas) e em parte não ligados diretamente à Confederação, mas com experiência na direção de Cooperativas Singulares, aspecto importante para o fornecimento de respostas específicas a questões operacionais dessas unidades em estudo.

Deve-se ressaltar dentro dos procedimentos adotados que uma das entrevistas foi realizada com um profissional ligado à área de Tecnologia da Informação, que integra o GAT (Grupo de Apoio Tecnológico) que é o grupo que busca discutir problemas relacionados à Tecnologia da Informação das Unimeds, enquanto Cooperativas Singulares, bem como problemas relacionados aos Sistemas Operacionais e processos de gestão e controle.

Para complementar o cabedal metodológico foi desenvolvido o Método do Estudo de Caso. Bressan (2000, p.78) afirma que *“O Método do Estudo de Caso obtém evidências a partir de seis fontes de dados: documentos, registros de arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos e cada uma delas requer habilidades específicas e procedimentos metodológicos específicos”*, o que faz com que este método se torne coerente com os objetivos propostos para análise de uma organização conglomerativa.

Dentro do perfil da metodologia da pesquisa, ao desenvolver o Estudo de Caso assumem-se os conceitos propostos por Yin (2001) que afirma que tal metodologia encerra uma estratégia de pesquisa em ciências sociais, mais utilizado quando o pesquisador não possui total controle sobre os eventos e quando o foco da pesquisa está relacionado a eventos contemporâneos contextualizados na vida real, no dia-a-dia.

A metodologia do Estudo de Caso apresenta um fenômeno ou um conjunto de fenômenos que serão investigados dentro de sua realidade, ainda que esses fenômenos não estejam claramente definidos. As situações citadas por (Yin, 2001 – p.20) textualmente abaixo, dão a exata dimensão dessa metodologia:

“Como estratégia de pesquisa, utiliza-se o estudo de caso em muitas situações, nas quais se incluem:

- a) Política, ciência política e pesquisa em administração pública;*
- b) Sociologia e psicologia comunitária;*
- c) Estudos organizacionais e gerenciais;*
- d) Pesquisa de planejamento regional e municipal, como estudos de plantas, bairros ou instalações públicas;*
- e) Supervisão de dissertações e teses nas ciências sociais – disciplinas acadêmicas e áreas profissionais como administração empresarial, ciência administrativa e trabalho social.”*

Esta metodologia permitiu ao trabalho focar os aspectos estruturais e operacionais presentes na gestão do Sistema Unimed e contribuiu para análise dos aspectos estratégicos e dos mecanismos presentes na atuação, integração e autonomia das diversas unidades (Cooperativas Singulares).

A partir de um resumo do processo histórico da organização o estudo foi aprofundado no tocante à organização operacional e, como decorrência, explicitou seu importante papel como agente privado na indústria de Serviços de Saúde. Para o desenvolvimento desse estudo, os esforços se concentraram no sentido de oferecer a maior quantidade de dados possível cuidando, no entanto, para não desviar do foco, qual seja a orientação estratégica do Sistema Unimed, dentro do seu mercado específico.

A idéia inicial era traduzir em informações, a postura organizacional do Sistema Unimed para que o leitor pudesse conhecer melhor as suas principais características e seus modelos de funcionamento operacional, administrativo, econômico e seu ferramental para manter a competitividade e a tendência de crescimento no mercado de saúde suplementar.

Isso foi feito principalmente através da coleta de dados e das entrevistas semi estruturadas que suportaram o Estudo de Caso e favoreceram a sua utilização como ferramenta valiosa de pesquisa.

Para analisar a organização como agente concorrencial na indústria da saúde, utilizou-se o proposto por Porter (1989) buscando estabelecer paralelos entre o modelo teórico e as realidades do Sistema Unimed, conseguindo assim dar consistência teórica aos dados apresentados no Estudo do Caso.

Trata-se, na verdade, de uma situação bastante típica de um estudo organizacional e gerencial. Através do estudo do caso foi possível realizar avaliação das estruturas organizacionais, de como se desenvolveu enquanto organização cooperativa e quais os principais fatores da sua natureza operacional e de gestão.

A pouca oferta de material relacionado aos números do Sistema Unimed conduziu o autor desse trabalho a buscar através de sua influência pessoal dados que pudessem ser relevantes à pesquisa, nos diversos departamentos da Unimed do Brasil. Esses dados foram ricamente complementados pelas entrevistas já citadas anteriormente o que permitiu além da consistência técnica estabelecer um juízo de valores a partir da opinião dos entrevistados, sobre os diversos temas abordados.

1.4.Princípios Teóricos utilizados na análise dos sub-segmentos da Indústria de Saúde Suplementar

Talvez a grande importância da estratégia competitiva seja relacionar a organização ao seu ambiente. Conhecer as forças sociais e econômicas que interferem nesse ambiente e conseqüentemente nas organizações que nele estão inseridas, pode ser determinante para que se conheça os acontecimentos estratégicos que as envolvem e assim se clarifica a idéia de que é o ambiente que dita as regras do jogo concorrencial e que é justamente o posicionamento da organização no jogo concorrencial que permeia sua viabilidade e perenidade no mercado onde atua.

De acordo com Porter (1986) a intensidade da concorrência não está ligada a questões meramente subjetivas, mas sim a questões objetivas como estrutura econômica básica e vai além do comportamento dos demais concorrentes. O jogo concorrencial e conseqüentemente a estratégia estão ligados ao que denominou de cinco forças competitivas básicas que são: Concorrentes na Indústria; Fornecedores; Compradores; Entrantes Potenciais; Substitutos.

O conjunto dessas cinco forças determina o potencial de lucro da indústria, medido em termos do capital investido. As indústrias não possuem o mesmo potencial de retorno ou lucratividade, há diferenças entre elas e, portanto, ao se fazer a análise é importante que esse dado seja considerado na medida em que pode facilitar a comparação entre as organizações.

Pode-se afirmar que a intensidade da concorrência, bem como a rentabilidade da organização na indústria varia de acordo com a ação de todas as cinco forças que compõem o quadro concorrencial, da sua estreita relação com o ambiente e com os próprios membros e da energia das forças econômicas e sociais.

A liderança no custo é talvez a mais clara das estratégias genéricas. De acordo com Porter (1989, p.11) [...] *“Nela, uma empresa parte para tornar-se o produtor de baixo custo em sua indústria”*. Segundo Porter (1989) as fontes de vantagem no custo podem depender da estrutura da indústria em que a organização atua, bem como variar de acordo com fatores como economias de escala, tecnologia patenteada, ou acesso preferencial a fornecedores.

Nesse sentido, estabelecer vantagens no direcionamento das despesas para produção ou prestação de serviços pode trazer vantagens da organização frente à concorrência; os seus custos são menores, há menor investimento financeiro para produção de bens ou serviços, seus preços são menores podendo significar mais atratividade aos compradores.

Para Porter (1989, p.33) [...] *“Toda empresa é uma reunião de atividades que são executadas para projetar, produzir, comercializar, entregar e sustentar seu produto”*. [...] *“A cadeia de valores de uma empresa e o modo como ela executa atividades individuais são reflexo de sua história, de sua estratégia, de seu método de implementação de sua estratégia e da economia básica das próprias atividades.”*

Para Zacarelli (1996), no entanto, a concorrência e a estratégia das organizações reside na qualidade da decisão e assim, decisão que produzir resultados absolutamente previsíveis não é classificada de estratégica, mas sim de lógica. Se houver riscos envolvidos, se não se sabem os resultados de uma determinada decisão para a organização, então há o emprego da estratégia.

Para melhor definição de estratégia estabelece-se que na maioria das vezes a intenção da estratégia é resolver problemas. Para as organizações, grosso modo, o problema parece descrever a necessidade em se sair de uma situação atual indesejada e passar-se a uma situação futura desejada, respeitando-se as condições de que *a situação atual é insatisfatória*, de que *existe uma nova situação considerada melhor que a atual*, e de que *existe alguma dificuldade na passagem de uma para a outra*. Além disso, se o problema existe, é necessário *analisar os motivos da insatisfação com a situação*, *possuir clareza sobre qual a situação desejada* e *conhecer as limitações para a passagem de uma situação à outra*.

O que se consegue depreender é que para administrar organizações deve-se considerar o ambiente e o ritmo de alterações constantes que ocorrem nele, sejam elas de ordem econômicas ou sociais e que afetam definitivamente os negócios. Portanto, manter-se atuante no mercado . requer competitividade

Para que se possa analisar a competitividade será utilizada também uma definição importante, dada por Kotler (1998, p.27) sobre os processos de marketing, onde afirma textualmente que *“[...] marketing é um processo social e gerencial pelo qual indivíduos e grupos obtêm o que necessitam e desejam através da criação, oferta e troca de produtos de valor com outros[...]”*

Utilizando-se ainda os conceitos propostos por Kotler (1998) pode-se dizer que a saúde é uma necessidade do consumidor e os recursos que o mesmo utiliza para comprá-la estão mais ligados ao seus desejos. Portanto, ser atendido caso fique doente, ter à disposição os recursos necessários para o seu atendimento, como médicos, hospitais, exames de diagnóstico, estariam ligados à necessidade. Utilizar esse ou aquele hospital ter determinado tipo de acomodação em caso de internação, preferir aquele laboratório para realizar seus exames, preferir essa ou aquela marca de plano de assistência médica estariam ligados aos desejos. Nesse sentido, as organizações que prestam os serviços de saúde suplementar no mercado privado estão, sem dúvida, concorrendo por espaço e por clientes.

O presente trabalho busca, baseado nas proposições teóricas elencadas nessa seção e de outras distribuídas no presente estudo, analisar o modelo de negócios do Sistema Unimed e suas inter-relações com o ambiente em que atua. Perante a complexidade do mercado e dos serviços prestados que envolvem aspectos relacionados com a saúde das pessoas numa primeira instância, e com suas possibilidades financeiras para custeio de serviço tão necessário numa segunda, é importante estabelecer o comportamento da organização no ambiente e principalmente suas estratégias concorrenciais.

1.5.Estrutura do trabalho

O trabalho está estruturado em 4 capítulos, através dos quais procurou-se construir uma lógica do desenvolvimento dos serviços de saúde no Brasil e dentro deles especificamente a atuação de um agente privado.

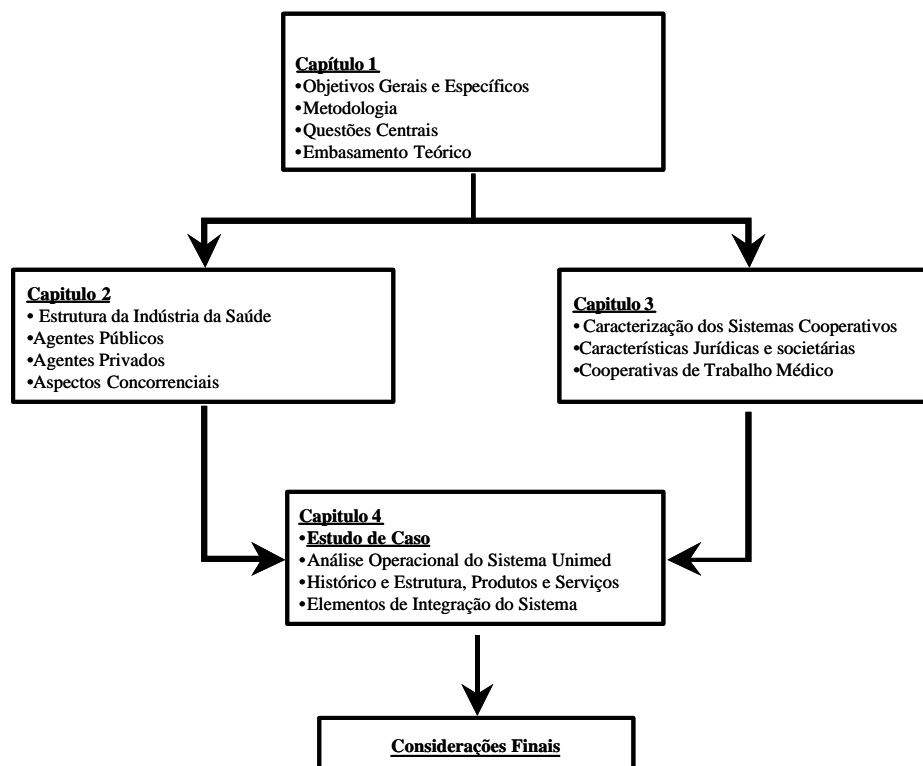
No Capítulo 2 é apresentado um referencial histórico do desenvolvimento dos serviços de saúde no Brasil, item importante para análise da situação em que surge a organização em estudo e como a mesma interage no mercado de saúde suplementar. Serão descritas ainda as principais características dos agentes, atores do processo de atendimento à saúde, notadamente os públicos e com maior ênfase os privados e os aspectos concorrenciais mais relevantes que envolvem este mercado.

O Capítulo 3 desenvolve a contextualização da organização no rol das cooperativas, apresentando breve histórico e principais características desse tipo de organização, desde o surgimento das cooperativas de trabalho no Brasil , passando pelas suas principais características Jurídicas e societárias e culminando por apresentar características presentes no Sistema Unimed.

O capítulo 4 comporta o Estudo de Caso, no qual se constrói a análise operacional do Sistema Unimed, a apresentação de produtos e serviços como sinalizadores diferenciais de sua estratégia competitiva, analisa aspectos de integração e sua influência no nível operacional e econômico do Sistema.

Demonstrará ainda a estrutura da Unimed na indústria da saúde suplementar utilizando-se, como base de análise, dos conceitos envolvidos na descrição da Cadeia de Valor proposta por Porter (2001), detendo-se no papel do sócio cooperado (o médico) como um dos principais fatores de integração do Sistema.

Figura 1 – Estrutura Esquemática da Dissertação



Capítulo 2 - Estrutura da Indústria da Saúde

No presente capítulo se apresenta o referencial histórico, primeiramente do desenvolvimento dos serviços de saúde no Brasil, através das principais características dos agentes públicos e privados, principais atores envolvidos nessa prestação de serviços. Em seguida aborda-se o desenvolvimento e a análise dos mecanismos que permitem a interação dos mesmos no mercado de saúde suplementar. O capítulo constrói ainda, a base contextual necessária à análise da Indústria da Saúde, da atuação dos seus agentes e do comportamento concorrencial das organizações que atuam nesse mercado específico.

De acordo com Porter (1989), a chave para o bom desempenho de uma organização está na satisfação das necessidades do seu comprador e esse fato em si determina a viabilidade de uma Indústria e conseqüentemente das organizações que estão inseridas nela. Assim, chamaremos de Indústria, conforme definição de Porter (1989), o espaço onde as organizações concorrem, nesse caso específico, o mercado de prestação de serviços de saúde suplementar.

A estrutura dessa indústria se configura, utilizando-se ainda o modelo proposto por Porter (1989), pela demanda dos clientes que utilizam os produtos ou serviços; a rentabilidade das organizações estará vinculada ao equilíbrio que elas conseguirem entre a oferta e a procura de serviços. Nesse sentido faz-se necessários conhecer com alguns detalhes os modelos de financiamento público e privado que sustentam a prestação de serviços de saúde, para que se possa inferir sobre as vantagens e desvantagens de cada um e as facilidades e dificuldades enfrentadas pelas organizações nesse mercado.

Como os serviços de saúde se transformaram ao longo do tempo em uma espécie de “commoditie”, em que as organizações prestadoras oferecem serviços muito parecidos, o diferencial se estabeleceu a partir do tamanho da rede credenciada de médicos e hospitais, da distribuição geográfica dos recursos, da complexidade e amplitude dos serviços laboratoriais e de diagnóstico, do nível de conforto em caso de internação, da amplitude de cobertura dos contratos. Faz-se necessário, no entanto, verificar-se como se desenvolveu historicamente esse tipo de organização no Brasil e os cenários que favoreceram seu surgimento e que favorecem ainda nos dias atuais a sua manutenção.

2.1.Prestação de Serviços de Saúde no Brasil – Referencial Histórico

A partir da década de 60 principalmente, verificou-se no Brasil um movimento de privatização da prestação dos serviços de atendimento à saúde. Os serviços médicos tanto os prestados em consultório, em ambulatórios ou mesmo em hospitais passam a ser prestados não somente pelo poder público ou pela filantropia, mas por outros agentes de características privadas, empresariais.

Esses agentes encontram-se voltados para os serviços suplementares de saúde, assim chamados por suplantarem as ações públicas, incapazes de atender em quantidade e qualidade à demanda nacional.

De acordo com Almeida (1998) não há na literatura, consenso a respeito da denominação desse setor de prestação de serviços, sendo encontrados os termos “medicina supletiva” e “assistência médica complementar” entre outros; nesse estudo será utilizado o termo Serviço de Saúde Suplementar, tendo como significação a opção do usuário em pagar um determinado valor para poder ter acesso aos serviços de assistência médica, independente da contribuição compulsória que porventura faça para a seguridade social, o que lhe daria, ao menos por definição, acesso ao serviço público através de um sistema nacional de saúde.

A privatização trouxe para esse ambiente características de negócio, ainda que os processos éticos e juramentais dos profissionais envolvidos na prestação dos serviços fossem antagônicos a isso; a sobrevivência das organizações, enquanto prestadores de serviços, no entanto, exigiu direcionamentos mais negociais às ações.

Convencionou-se denominar Indústria da Saúde, o espaço em que essas organizações concorrem; os usuários dos serviços deixam de ser apenas pacientes e passam a ser clientes dos serviços, demandando cada vez mais por conforto, bom atendimento, amplas coberturas e eficácia de resolução médica.

Este estudo deve desenvolver um traçado histórico da saúde no Brasil, para verificar como os diversos agentes se organizam nesse setor, enfatizando a função do agente privado e o surgimento e desenvolvimento de uma organização característica e seu funcionamento na prestação de serviços de saúde suplementar, no entanto, a abordagem inicial será focada nos serviços públicos de saúde no Brasil.

As políticas de atendimento à saúde têm sofrido importantes modificações principalmente após o término da 2ª Grande Guerra Mundial. Esse marco histórico é responsável por uma alteração significativa no entendimento da prestação dos serviços de saúde, que passam a ser encarados como de responsabilidade do Estado, na medida em que se transformam em atributo de cidadania (Médici, apud Piolla e Vianna 2002) .

Desde o final do século XIX, no entanto, notadamente nos países ocidentais, o Estado vem participando nos serviços de saúde, assumindo certa interferência nos níveis de consumo dos serviços, em troca da garantia de pagamento dos custos de alguns dos serviços prestados pelos diversos agentes. (Siqueira, 1987).

As mudanças estruturais ocorridas no Brasil após o golpe de estado de 1930 e o lançamento das bases para o Estado Novo, do governo de Getúlio Vargas, acabam por atingir todos os setores sociais e econômicos com a respectiva reorganização dos setores produtivos e também da prestação dos serviços de saúde.

No que diz respeito aos setores produtivos, a indústria nacional até então limitada à produção em pequena escala recebe investimentos de vulto principalmente por parte do Estado que passa a fazer parte do jogo de produção da riqueza.

A aceleração dos processos de industrialização fez crescer o contingente de operários e aumentou as concentrações urbanas, principalmente em redor das grandes fábricas; esse quadro determinou mudanças nas necessidades de consumo decorrentes da ânsia por melhores padrões de vida.

A política do Estado Novo trouxe à tona diversas questões ligadas à regulamentação do trabalho, em cujo bojo se encontra a estruturação de um modelo para Previdência e Assistência Social. A situação da saúde está estreitamente ligada a esse processo pois, a demanda por saúde aparece como elemento reivindicatório dos operários e como moeda de troca do Estado, tendo como resultado o surgimento e fortalecimento de institutos de previdência controlados pelo poder público (Siqueira, 1987).

O desenvolvimento da Previdência Social parece ter se firmado inicialmente para atender à questão do atendimento à saúde e se deu pelo estabelecimento de institutos de previdência e pela promulgação de Leis que visavam organizar o quadro previdenciário brasileiro, conforme demonstra a **figura 2**, adaptada de Siqueira (1987) onde se pode verificar a cronologia das ações políticas relacionadas à previdência:

Figura 2 - Cronologia das Ações Políticas relacionadas à Previdência Pública no Brasil

| Ano | Evento |
|------------|--|
| 1923 | Lei Eloy chaves – Fundação das Caixas de aposentadoria e Pensos para os Empregados das Empresas Ferroviárias |
| 1930 | Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio - MTIC |
| 1933 | Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos - IAPM |
| 1934 | Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários – IAPB |
| 1934 | Instituto de Aposentadoria e Pensões dos comerciários – IAPC |
| 1938 | Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários – IAPI |
| 1938 | Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado - IPASE |
| 1938 | Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transporte de Cargas – IAPTEC |
| 1960 | Lei Orgânica da Previdência Social |
| 1961 | Ministério do Trabalho e Previdência Social |
| 1966 | Unificação dos Institutos de aposentadoria e Pensões no Instituto Nacional da Previdência Social - INPS |
| 1971 | Programa de Assistência ao Trabalhador Rural, executado pelo FUNRURAL |
| 1974 | Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS |

Fonte – Adaptado de Siqueira – 1987

É na década de 50, no entanto, que o atendimento à saúde começa a sofrer uma alteração significativa, momento em que algumas das mais importantes indústrias do cenário nacional como Acesita, Siderúrgica Nacional de Volta Redonda e Volkswagen alegando ineficiência dos organismos de previdência para atendimento dos seus empregados com conseqüentes reflexos negativos sobre a produtividade das fábricas, fecham contratos com grupos médicos para cobertura assistencial dos empregados.

Essa prática começa a ser reforçada a partir da década de 60, com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (1960) que previa a possibilidade dos segurados da previdência social receberem atendimento privado alternativo; isso foi possível mediante incentivo fiscal dados às empresas no tocante às obrigações fiscais com a previdência social: as empresas que oferecessem planos de saúde aos seus empregados poderiam reter 50% da contribuição devida, a título de custear as despesas com o referido serviço. Essa determinação pode ser verificada na transcrição da lei em seu artigo 118, extraída de Siqueira (1987):

“Mediante convênio entre a Previdência e a empresa ou Sindicato, estes poderão encarregar-se de:

- I. ...*
- II. – submeter seus empregados a exames médicos, inclusive complementares;*
- III. – prestar assistência médica, nos termos do artigo 68, aos segurados a seu serviço e respectivos dependentes, diretamente ou por intermédio de estabelecimentos e profissionais contratados, desde que estabelecidos os padrões fixados pela Previdência Social”.*

O cenário da saúde no Brasil, que sofreu o que alguns autores chamam de mercantilização, (Braga e Silva apud Negri e Di Giovanni, 2001), a competência duvidosa dos agentes públicos para prover os serviços de saúde e o atraso na regulação do setor privado dentre outras questões, favoreceram o crescimento, principalmente em volume, de organizações privadas prestadoras de serviços que até então, por definição, eram de domínio essencialmente público.

As dificuldades enfrentadas pelo poder público no tocante ao atendimento à saúde proporcionaram a possibilidade do surgimento de diversas organizações, “dispostas” a ocupar o espaço na indústria de serviços de saúde suplementar, empresariando esses serviços disponíveis no Brasil, a partir do final da década de 60, conforme mencionado anteriormente.

A partir desse momento, passou a fazer parte do quadro da prestação de serviços de saúde no Brasil, um novo agente, de características totalmente privadas, e não representado pelo atendimento médico individualizado em consultório. Essa prática, de privatização dos serviços de saúde, viria a se expandir com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que a partir de meados da década de 70, seria transformado no INAMPS, pelo qual o Estado passa a ser comprador de serviços médicos privados, através de convênios, contratos e credenciamentos, incentivando dessa forma o desenvolvimento de modalidades empresariais de prática médica.

As empresas que se lançaram nesse mercado, o de saúde empresariada, ficaram num primeiro momento, responsáveis pelo controle da produção, nesse caso, os atendimentos médicos, enquanto ao Estado reservou-se a definição e a participação nos mecanismos de financiamento do consumo. (Siqueira 1987)

Como se pode verificar o Estado brasileiro fez um movimento de privatização, mas protegeu e incentivou o investimento privado através da garantia de financiamento de consumo, processo este em que a Previdência Social funcionou como mantenedora dos serviços de assistência à saúde até pelo menos a década de 90, quando se iniciou um novo processo, o de descentralização dos sistemas públicos de atendimento.

Alguns fatores podem ser apontados como importantes no processo de expansão dos serviços suplementares de saúde, além dos de natureza social. Ao contrário, fatores de natureza política e econômica podem ter sido determinantes nesse processo (Almeida, 1998). As linhas de análise para investigar os fenômenos de expansão, podem ser resumidas em:

- a) Queda do nível de qualidade dos serviços públicos de saúde, a partir da década de 60 e 70, notadamente a partir da uniformização da assistência em torno de um único Instituto de Previdência Social. [(Favaret e Oliveira, 1990); (Médici,1991); (Mendes,1993) apud Almeida, 1998];
- b) A consolidação do capital financeiro no Brasil, principalmente a partir da década de 60, teria criado condições do aparecimento de empresas atuando no mercado de seguridade social, incluindo saúde. [(Andreazzi, 1991); apud Almeida 1998];
- c) A diversidade de modelos de Assistência à Saúde, principalmente dos trabalhadores, através dos diversos Institutos de Previdência e Saúde, que houvera sido adotada desde os anos 30, a partir do primeiro governo Vargas [(Andreazzi,1991) apud Almeida, 1998] e a desintegração desses mesmos Institutos, durante o regime militar (1964-1984), expandindo a população previdenciária e impondo ao setor uma característica privatizante para conter o poder associativo dos antigos Institutos Previdenciários [(Donnangelo, 1975); (Cordeiro,1984); (Oliveira e Teixeira,1986); (Luz,1991); (Vianna,1995) apud Almeida,1998];
- d) A perda de poder aquisitivo da classe média, a partir dos anos 70, que não podendo arcar com os altos custos da assistência médica particular individualizada, se viu obrigada a lançar mão dos modelos de “*Planos de Saúde*”. [(Andreazzi, 1991) apud Almeida, 1998];
- e) A convergência entre a alteração do modelo de manutenção de serviços, para compra de serviços, pelo poder público e a transferência da função provedora para a iniciativa privada. [(Donnangelo, 1975); (Cordeiro,1984); (Oliveira e Teixeira,1986); (Luz, 1991); (Vianna,1995); apud Almeida, 1998]

Todas estas linhas de investigação permitem afirmar que, na tentativa de diminuir o ônus social e aliviar o papel do Estado como provedor de serviços de saúde, abriram-se possibilidades de empresariamento do setor.

O crescimento do setor produtivo, notadamente nas grandes cidades funciona então como propulsor, na geração de uma clientela específica e demandante, por serviços de saúde, fazendo surgir uma perspectiva mais sólida para a iniciativa privada, tanto de medicinas de grupo, como de cooperativas e seguradoras, criando para as mesmas, possibilidades de se firmarem, a partir da “garantia” de uma demanda específica. [(Bahia, 1997); apud Almeida 1998].

2.2.Os agentes de Saúde – Características principais

É importante que a dinâmica do desenvolvimento da prestação de serviços de saúde no Brasil, seja analisada desde o surgimento dos primeiros agentes públicos até a alteração dos rumos, com o aparecimento, de forma mais intensa, da ação da iniciativa privada no setor. No contexto dessa transformação, ressalta-se a abertura do mercado à privatização dos serviços de Previdência e Assistência Social, principalmente através das grandes instituições financeiras, a unificação dos Institutos de Previdência Pública, anteriormente ligados à categoria profissional, o esforço do Estado, primeiramente de forma explícita, em estabelecer parcerias com o setor e posteriormente através da abdicação das funções reguladoras e mediadoras, permitindo que as relações entre os agentes (público e privado) e os atores (clientes e prestadores de serviços) funcionassem sem intervenção.(Almeida, 1998).

O crescimento experimentado pelo setor desde a década de 60 foi bastante significativo, atingindo em outubro de 2002 um número de clientes superior a 35 milhões. (ANS-Agência Nacional de Saúde, 2002).

O mercado de serviços, assim como todos os outros têm sofrido no Brasil principalmente após os anos 90 uma forte pressão para modernização, para melhoria na qualidade do atendimento, requerendo investimentos para alteração dos padrões tecnológicos dos serviços e para redução de custos. Na dinâmica desse contexto, uma indústria com alto grau de complexidade como a de Serviços de Saúde requer das organizações nela inseridas, características que possam significar diferenciais que permitam sua viabilidade e continuidade no mercado.

A estruturação do mercado de saúde suplementar no Brasil, como já visto, se deu através da ação de diversos agentes divididos em dois grandes grupos: o público e o privado. A ênfase, no entanto, será dada à função do agente privado e dentro desse grupo ao surgimento e desenvolvimento de um agente característico: as cooperativas de trabalho médico e do seu funcionamento, enquanto organização de prestação de serviços para esse mercado específico.

Cabe no entanto, conhecer também os agentes públicos como forma de contexto histórico e de desenvolvimento. Os agentes públicos ainda possuem o maior volume de atendimento em serviços de saúde e é da dificuldade de suportar as demandas enfrentada por esses agentes que decorre grande parte da problemática enfrentada pelo setor, portanto será feita inicialmente a abordagem dos agentes públicos para que se possa, posteriormente dedicar-se a análise dos agentes privados.

2.2.1Os Agentes Públicos

De acordo com Marinho et alli (2001), o serviço de atendimento público de saúde inicia-se no século XVIII com a fundação das Santas Casas de Misericórdia, entidades religiosas católicas, que funcionavam de forma filantrópica e caritativa e atendiam pacientes nas mais diversas situações de saúde.

Essas instituições, seguindo a tradição de suas matrizes européias, atuaram não apenas como as mais importantes instituições de prestação de serviços hospitalares, notadamente internações, mas também como uma espécie de saneadores sociais, à medida que retiravam do convívio social os indivíduos doentes, função que desempenharam até aproximadamente o princípio do Estado Novo, na década de 30.

“É um indício importante da preocupação de nossos governantes da colônia, Vice-Reino, Império, República Velha e Estado Novo que, até meados do século XX, as mesmas Santas Casas tenham sido as principais prestadoras de serviços hospitalares do país. Entretanto, é interessante notar que, na década de 30 (com maior intensidade a partir da década de 50), as instituições privadas hospitalares tenham tomado corpo e ganho, rapidamente poderio econômico, preenchendo uma parte do vácuo deixado por um longo período pelo Estado nesse setor de assistência à saúde.” (Marinho et alli, 2001, p.1)

Como se pode verificar a partir da afirmação de Marinho et alli (2001), os serviços hospitalares representaram no Brasil, durante muito tempo o núcleo dos serviços de saúde disponíveis.

Na verdade parece existir uma quase dependência da oferta de serviços hospitalares, uma vez que não se conhece, a existência farta de serviços médicos fora dos hospitais. Conseguise verificar também que inicialmente a participação do Estado como provedor de serviços é praticamente nula, à medida que é entregue às instituições caritativas a missão de “cuidar” da manutenção dos serviços hospitalares, não havendo preocupação importante com a questão por parte do poder público.

É apenas a partir da década de 30, que começam a surgir algumas instituições privadas de saúde, vendendo serviços ao governo, que passa a assumir no Estado Novo, o papel de coordenador dos serviços de atendimento à saúde; esses serviços, no entanto, são de assistência altamente especializada, de alto custo e de baixo impacto sobre a saúde coletiva. (Marinho et alli, 2001).

Com o Estado Novo há uma reformulação importante nos meios de produção e conseqüentemente na prestação de serviços. Assim como na grande parte dos países ocidentais, se verifica no Brasil o início de uma participação mais ativa do Estado, mais freqüentemente em forma de interferência nos níveis de consumo, em troca de garantias dos pagamentos dos custos dos serviços.(Siqueira, 1987)

O que se pode depreender do postulado por Siqueira (1987) é que o encerramento de uma etapa de capitalismo liberal, representado pelos governos anteriores à era Vargas cede espaço às reivindicações por direitos sociais forçando o Estado a atuar em diversas frentes, entre elas a saúde, a fim de responder ao comportamento associativo de setores sociais que começavam a se articular provocando o aumento nos níveis de conflito.

É a partir do primeiro governo Vargas, e notadamente do seu esforço populista em atender aos diversos atores sociais que se organizavam, que foram criados os primeiros institutos de previdência, ligados diretamente às classes laboriosas e, por conseguinte, bastante envolvidos com as necessidades das mesmas, quer no tocante à seguridade e previdência social, quer no tocante ao acesso aos serviços básicos de atendimento à saúde, o que resultou no fortalecimento de um aparelho oficial de previdência social sob o controle do Governo. (Siqueira, 1987)

Esse modelo vigora desde o início da ditadura Vargas até a década de 50, que se apresenta como um marco na questão previdenciária e de assistência a saúde, na medida em que é nessa oportunidade que são instaladas as primeiras indústrias automobilísticas no Brasil. O país reafirma o movimento de substituir as importações e sair de uma economia baseada na agricultura, para passar à economia voltada a produção industrial e continua realizando investimentos importantes na indústria de base, para permitir que fossem criadas condições específicas, principalmente no “fator insumos”, para alavancagem da produção industrial. O governo Juscelino Kubitscheck privilegia ainda mais as indústrias e acaba por selar o processo de urbanização da economia.

A partir da década de 60, a compra de serviços privados para atendimento à saúde encontra o seu nível de saturação e o governo decide lançar mão de um formato em que a construção de grandes hospitais para atendimento emergencial, a baixa qualidade no atendimento, a contratação de profissionais de saúde com salários baixos e a pouca atenção às práticas preventivas torna-se a tônica. Além disso, a medicina liberal que era praticada no país desde o século XVI, acaba por não resistir, uma vez que o poder aquisitivo da maioria da população não permite o acesso das grandes massas aos serviços liberais de atendimento à saúde.

Na ânsia de manter sob controle os movimentos associativos, representados pelos sindicatos e organismos de classe, a ditadura militar lança os olhares sobre os institutos de previdência das classes laboriosas, criados no início da década de 30 e resolve unificá-los, em 1966, num único instituto sob controle absoluto do governo federal, o INPS (Instituto Nacional da Previdência Social).

Esse organismo seguiu um formato idêntico de custeio, adotando a cobrança compulsória sobre os salários e criando um fundo de aposentadorias que destinasse parte do dinheiro recebido como contribuição aos serviços de atenção à saúde. O governo passa a ser o principal provedor de assistência à saúde, destinando recursos para manutenção, sem, no entanto conseguir eficácia e qualidade no atendimento.

“Todo esse arcabouço de atenção à saúde entra em irreversível crise ao final dos anos 70. Entretanto, o amadurecimento das instituições políticas democráticas só permitiria que, uma década depois, com a promulgação da lei regulamentadora do Sistema Único de Saúde (SUS), o país tivesse um modelo de atenção à saúde que não concentrasse as atividades no nível hospitalar terciário gerido pelo governo federal, mas que estimulasse a hierarquização de todos os níveis de atenção, com gestão municipal”. (Marinho et alli, 2001 , p.1)

Conforme afirma Marinho et alli (2001) o sistema de atendimento público da saúde, sofre uma crise irreversível que se inicia no final da década de 70 e é apenas no final da década de 80 que as forças políticas estudam e aprovam um novo modelo de políticas de saúde, o SUS (Sistema Único de Saúde).

O SUS atua no sentido de retirar das mãos da federação a responsabilidade pela gestão, descentralizando as ações públicas de saúde e repartindo as responsabilidades daí decorrentes com estados e municípios na tentativa de criar oportunidades de acesso aos serviços uma vez que as condições econômicas e o baixo poder aquisitivo da população, não permitem o acesso aos serviços de saúde particulares.

2.2.1.1. Modelos de financiamento público dos Serviços de Saúde

Uma questão importante para que se entenda, com um pouco mais de clareza, os agentes públicos de saúde, é o modelo de financiamento que suporta o setor. De acordo com Médici apud Piola e Vianna (2002) as principais formas de financiamento variam de acordo com a origem dos recursos e com a camada da população ao qual esses serviços são direcionados; os principais modelos de financiamento estão resumidos a seguir:

a) O modelo Assistencialista

De acordo com Médici apud Piola e Vianna (2002), esse modelo está voltado a atender à população de baixa renda e deveria ser financiado apenas com recursos fiscais, através de um mix de diversos impostos. Nesse modelo, as classes de trabalhadores formais e as populações de renda mais elevada necessitam buscar no mercado soluções para o atendimento de saúde;

b) O modelo Previdencialista

Esse modelo está voltado para grupos específicos como os trabalhadores formais e é financiado através das contribuições de empregados e empresas. Abrir os recursos de atendimento à saúde desse modelo para a população em geral poderia causar grandes dificuldades uma vez que as categorias profissionais que contribuem, poderiam repudiar essa abertura.

Vale lembrar, que esse tipo de abertura ocorreu no Brasil, notadamente a partir de 1974, quando o INAMPS, extinto com a constituição de 1988 passou a dar atendimento à população em geral (Médici apud Piola e Vianna, 2002).

c) Os modelos Universalistas

I. O modelo Universalista Unificado

Os modelos universalistas são, na verdade, sistemas nacionais, que visam dar atendimento à saúde de toda a população e que em geral são financiados por recursos oriundos de fontes fiscais ou de fontes contributivas. Esses sistemas são denominados unificados quando os diversos recursos que os financiam, compõem um único caixa para sanar os diversos compromissos de atendimento à saúde. Esse sistema pode ter seu financiamento descentralizado, como é o caso do Brasil, onde os recursos são repassados da esfera federal para instâncias estaduais ou municipais, para que nessas esferas sejam compostos novos fundos de financiamento. (Médici apud Piola e Vianna – 2002)

II. O modelo Universalista Diversificado

O modelo universalista diversificado surge como uma tentativa de enfrentar a crise fiscal dos países, o que acaba interferindo decisivamente na competitividade internacional e conseqüente geração de riqueza. De acordo com Médici apud Piola e Vianna (2002), esse modelo flexibiliza as estratégias de cobertura e de atendimento à medida que oferece atendimento básico a toda a população enquanto oferece tratamento e serviços diferenciados a quem possa custeá-los. Esse modelo é aplicado da seguinte maneira:

- a) Para população de baixa renda, utilizando atendimento médico gratuito, financiado com recursos fiscais;
- b) Para trabalhadores formais e classe média, utilizando atendimento e coberturas de acordo com o nível de renda, custeado por contribuições, em geral compulsórias, sobre a folha de salários;
- c) Para as classes de renda mais elevada, um sistema com atendimento diferenciado, com possibilidade de planos voluntários, baseado em custeio por desembolso direto.

O que se consegue depreender é que há algumas soluções que merecem estudo por parte dos setores competentes do poder público, no sentido de conseguir oferecer aos diversos públicos, uma cobertura mínima promotora de equidade na questão da saúde pública. Falta ainda alinhar diversas questões políticas que possam equilibrar a ação dos diversos agentes, exatamente no sentido da equidade e da melhor distribuição dos recursos destinados ao financiamento da saúde.

O Brasil parece ter iniciado nesse momento o que Médici apud Piola e Vianna (2002), chama de modelo universalista unificado, com o advento do SUS. A tentativa de implantação desse modelo parece ter melhorado a distribuição dos recursos, quando se pensa operacionalmente. O fato é que a falta de recursos de atendimento à saúde como hospitais, clínicas e centros de diagnóstico, aliados à concentração de um maior volume de população nos centros urbanos dificulta sobremaneira essa equidade.

Para tentar melhorar a atenção à saúde oferecida pelo poder público, o governo federal decidiu fechar um pacto com os Estados e Municípios a fim de conseguir estabelecer novas regras para o setor. Esse pacto teve como ponto estratégico, a alteração no modelo de financiamento da saúde, a descentralização do atendimento e a imputação da respectiva responsabilidade ao Município, a formulação de propostas para alteração do modelo assistencial, incluindo na pauta os projetos “médico de família” ou “saúde da família” e ainda o estabelecimento de processos sistemáticos de avaliação do setor. (Medina e Aquino, 2000)

Num certo sentido, mostra-se uma tendência de que a saúde pública passa a abraçar uma característica ainda que mínima de negócio, ao menos quando tratadas as suas características operacionais, na medida que são também discutidos indicadores para medir a qualidade do atendimento básico. Na verdade, o Pacto de Atenção Básica de 1999 deve consolidar-se como um instrumento de acompanhamento e avaliação do atendimento público à saúde, através da negociação de metas de melhoria da qualidade dos serviços podendo refletir a situação da saúde em determinado Município ou Estado, se o foco for local e do próprio País, se o foco for global.

Ao se verificar os recursos humanos lotados no setor de saúde brasileiro, o quadro mostra que, dos profissionais registrados nos Conselhos, em 2001, os maiores contingentes são os de auxiliares de enfermagem (448 mil) e médicos (328 mil), seguidos, num patamar menor, pelos cirurgiões-dentistas (145 mil) e enfermeiros (90 mil). Evidenciam-se desigualdades regionais, com maior concentração de profissionais no centro-sul do país. O Brasil tem 1,9 médico por mil habitantes, sendo que as Regiões Norte e Nordeste reúnem os menores coeficientes, onde há Estados com até 1 médico por mil habitantes.

A taxa de auxiliares de enfermagem do país é de 2,6 para cada mil habitantes, no entanto, o menor coeficiente (1,5 na Região Norte) está abaixo da metade daquele verificado no Sudeste (3,6). (Mello Jorge, Gotieb e Laurenti, 2001)

Outra questão importante é a do número de leitos hospitalares públicos à disposição. Esses números estão apresentados na **tabela 1** abaixo, e constam do estudo de Mello Jorge, Gotieb e Laurenti (2001) com dados mensurados no período de 1996 a 1999. Assim, pode-se traçar a comparação dos recursos, traduzidas pela quantidade de leitos hospitalares.

Tabela 1 – Leitos Hospitalares Públicos versus Privados por Região geográfica no período de 2001, Brasil

| Região | Leitos Hospitalares (Por mil habitantes) | |
|--------------|--|----------|
| | Públicos (Considerado o SUS) | Privados |
| Norte | 3,1 | 1,0 |
| Nordeste | 3,8 | 1,7 |
| Sudeste | 4,0 | 2,3 |
| Sul | 3,9 | 2,6 |
| Centro-Oeste | 4,5 | 2,5 |
| Total | 19,3 | 10,1 |
| Média | 3,9 | 2,0 |

Fonte: - Adaptado de Melo Jorge, Gotieb e Laurenti – 2001 – p. 27

A análise demonstra que ainda há significativa participação do Setor Público no que se refere à oferta de leitos hospitalares, quando computados os leitos do SUS (Sistema Único de Saúde), superando em razoável dimensão a oferta da iniciativa privada. Revelam estes dados que o financiamento e descentralização dos recursos têm ajudado os municípios a manter a sua oferta de leitos.

No entanto percebe-se que a iniciativa privada, apesar de ser responsável por 25% do atendimento à população no Brasil, ou seja, ser 75% menor em termos de volume da massa atendida, é apenas 52% (considerando os números absolutos) menor em volume de leitos, donde se pode supor que o volume de investimentos do setor privado tenha sido, senão maior, ao menos melhor empregado.

Talvez a solução para proporcionar um atendimento mais equitativo no Brasil fosse efetivamente o modelo universalista misto mencionado por Médici apud Piola e Vianna (2002); no entanto, a adoção do modelo parece depender de um alinhamento político de grandes proporções, que torne possível um redesenho do que se tem hoje. O que fica claro é que justamente nesse espaço, deixado pela incompetência do poder público, atuam as organizações de saúde suplementar de natureza privada. Resta, portanto conhecer com mais detalhes esse tipo de organização, entendendo seu desenvolvimento no decorrer do tempo, suas bases de sustentação enquanto negócio e suas propostas enquanto organizações econômicas privadas; é isso que será enfocado a seguir.

2.2.2.Os Agentes Privados

O mercado de saúde suplementar tornou-se, principalmente nas últimas décadas, bastante complexo. Em primeiro lugar pela delicadeza das questões que envolvem o atendimento à saúde, em segundo lugar pela quantidade e diversidade de organizações que se lançaram no empreendimento de atender, de maneira privada através de investimentos próprios, a saúde suplementar e, finalmente, conforme referencia Bahia apud Negri e Di Gionanni (2001) pela reorganização da oferta de serviços a partir dos anos 80.

Essa reorganização se dá principalmente em função da percepção, primeiramente da sociedade civil e depois dos poderes políticos constituídos de que era necessário estabelecer um ordenamento jurídico-legal a fim de conferir a organismos públicos poderes de regulação do setor.

As experiências iniciais no plano privado de atendimento à saúde, foram motivadas pelas necessidades de algumas grandes empresas, em diminuir as dificuldades enfrentadas pelos seus empregados quando procuravam um serviço público de saúde, fator que causava perda de tempo e, por conseqüência, aumento dos índices de absenteísmo e diminuição dos índices de produtividade; essas iniciativas se configuraram num tipo de ação, de empreendimento denominado “Planos Próprios das Empresas”, onde a empresa demandante administrava seu próprio serviço de saúde, que era utilizado pelos empregados.

Este contexto, a década de 60, quando se iniciaram de fato as primeiras experiências de privatização, se caracterizou muito mais pelo esforço modernizante governamental, do que propriamente pela maturidade das empresas que ingressavam na prestação de serviços de saúde suplementar. No primeiro momento com a oportunidade de atender à demanda crescente, já que os serviços públicos careciam de volume, e qualidade e em função da medicina liberal ter se revelado proibitiva em conseqüência dos custos se deflagraram condições para o surgimento de organizações dedicadas a prestação de serviços de saúde suplementar. Um fator relevante é que as experiências dos planos próprios das empresas auxiliaram no surgimento de todos os outros principais modelos existentes no cenário brasileiro: o das Medicinas de Grupo, das Cooperativas Médicas e dos Seguros-Saúde.

A dinâmica e o crescimento dessas novas organizações de Saúde podem ser analisados pelos dados apresentados a seguir, adaptados do trabalho de Bahia apud Negri e Di Giovanni (2001), que demonstram a evolução dos números a partir de 1987.

Tabela 2 – Crescimento do número de empresas de Serviços de Saúde Suplementar, segundo modalidade empresarial no período 1987-1998, Brasil

| Modalidade Empresarial | Anos | | | Crescimento no Período 87/98 |
|------------------------|------|---------|---------|------------------------------|
| | 1987 | 1994/95 | 1997/98 | |
| Medicina de Grupo | 300 | 555 | 730 | 143,33% |
| Cooperativas Médicas | 128 | 332 | 326 | 154,69% |
| Planos de autogestão | 50 | 150 | 300 | 500,00% |
| Seguradoras | 5 | 20 | 40 | 700,00% |
| Totais | 483 | 1.057 | 1.396 | 189,03% |

Fonte: Adaptado de Negri e Di Giovanni (2001 – p.340)

Esses dados não permitem uma análise mais apurada, dentro do ciclo histórico estudado por não considerar dados anteriores a esse período, mas permitem verificar que no período de apenas 11 anos o crescimento do número de organizações, operando no mercado brasileiro, foi em média de 189,03%.

Pode-se também verificar, os dados relativos ao número de usuários dos Serviços de Saúde privados mostrado na **tabela 3** a seguir, adaptada do trabalho de Bahia apud Negri e Di Giovanni (2001), onde o aumento considerável do número de usuários, indica que o mercado de saúde suplementar comportou-se de forma demandante. Considere-se conceitualmente usuários como o cidadão que escolhe possuir um plano de saúde e possa custeá-lo com recursos próprios ou, sendo funcionário de determinada empresa possua como item do pacote de benefícios a disponibilidade de acesso a esse tipo de serviços. Não importam nessa conceituação, a empresa prestadora e tampouco o modelo adotado para administrar os serviços.

Tabela 3: Crescimento do número de Clientes Empresas de Saúde Suplementar por modalidade empresarial no período de 1987-1998, Brasil

| Modalidade Empresarial | Anos | | | Crescimento no Período 87/98 |
|------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------------------|
| | 1989 | 1994/95 | 1997/98 | |
| Medicina de Grupo | 15.000.000 | 16.800.000 | 17.800.000 | 36,92% |
| Cooperativas Médicas | 7.300.000 | 8.500.000 | 10.671.000 | 204,89% |
| Planos de autogestão | 7.900.000 | 8.000.000 | 8.000.000 | 56,86% |
| Seguradoras | 940.000 | 5.000.000 | 5.000.000 | 525,00% |
| Totais | 31.140.000 | 38.300.000 | 41.471.000 | 85,14% |

Fonte: Adaptado de Negri e Di Giovanni (2001 – p.341)

Para Bahia apud Negri e Di Giovanni (2001) os Planos de Auto Gestão tiveram seu desenvolvimento mais acentuado até a década de 70, coincidindo com o grande “boom” da indústria de transformação nacional, enquanto que as outras modalidades, surgiram no período posterior (décadas de 80 e 90). Verifica-se na **tabela 3** é que o modelo, que aparece com a denominação “Planos de Auto-Gestão” apresentou estabilidade no último quadriênio analisado, o que gerou crescimento mais acentuado, para outras modalidades de atendimento.

Fica clara a migração do crescimento experimentado pelos planos de Auto Gestão, para as Medicinas de Grupo, as Cooperativas Médicas e os Seguros Saúde, provocada pelo aumento natural da demanda, em virtude da queda no nível de qualidade dos serviços públicos de saúde, conforme afirma Almeida (1998).

No tocante ao mercado atual de Saúde Suplementar, faz-se necessário observar alguns dados importantes.

De acordo com Braga e Silva apud Negri e Di Giovanni (2001) o perfil dos usuários de serviços de saúde suplementar apresenta características distintas como o fato de estarem, em sua maioria, ligados aos empregadores; do montante apenas 8 milhões possuem um plano de saúde suplementar de opção individual, custeado com recursos próprios.

Disto pode-se inferir que 42 milhões de pessoas (27% da população brasileira) utiliza-se dos serviços de Saúde Suplementar, dos quais cerca de 75% a 80% se atrelam a planos coletivos, ligados aos planos que as empresas contratam para o seu corpo de funcionários.

Outro dado importante pode ser referido a que o desligamento dos serviços de Saúde Suplementar se dá quando da perda do vínculo empregatício (48% dos casos) e em função dos aumentos de preço (31% dos casos), conforme Braga e Silva apud Negri e Di Giovanni (2001).

Pode-se dizer em suma que, a configuração do mercado de saúde passou nas últimas décadas por diversas alterações no que concerne ao modelo de atendimento à saúde. Num primeiro momento tem-se um modelo completamente estatizado, mas dividido em diversos institutos previdenciários, que se incumbem do atendimento à saúde.

Seqüencialmente o Estado desencadeia e estimula parcerias com o setor privado uma vez que a demanda já não pode ser atendida em sua totalidade pelos recursos disponíveis, funcionando no entanto como regulador do setor, principalmente através de um único instituto de previdência, o INPS.

Posteriormente, em função principalmente das pressões macroeconômicas, o Estado abdica da regulação do setor abrindo totalmente o mercado para as iniciativas privadas. Mais recentemente, tentando dar alguns contornos ao atendimento público muito precarizado, o Estado atua na criação do SUS descentralizando, para Estados e Municípios, a administração dos recursos destinados à saúde e tentando melhorar a qualidade do atendimento.

Numa nova tentativa de regular o setor é promulgada a lei 9.656/98 que cria a ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar, organismo governamental incumbido de propor e fazer cumprir as políticas de atendimento à saúde. O que se pode notar, no entanto, é que o modelo brasileiro tem se tornado perverso à medida que o volume e a qualidade dos recursos disponíveis para o atendimento público de saúde tem diminuído e que o atendimento privado tem se mostrado com uma carga valorativa alta para a realidade aquisitiva brasileira.

Conforme apontam os estudos de Bahia apud Negri e Di Giovanni esse mercado faturava um montante estimado em cerca de 16 bilhões de reais/ano (dados de 1997/1998), considerados os valores declarados pelas entidades representativas do setor de Saúde Suplementar o que parece bastante atraente tendo em vista que o mercado seja composto por aproximadamente 1.430 empresas prestando esse tipo de serviço, o que num cálculo grosseiro representaria um faturamento médio anual por empresa da ordem de 11 milhões.

Obviamente as organizações prestadoras se diferenciam em números de clientes, em oferta e diversidade de serviços, em preços de planos e em modelos de concepção operacional e sistêmica e é isso que será abordado a seguir.

2.2.2.1. Os Planos de Auto-Gestão ou Planos Próprios das Empresas

De acordo com Almeida (1998) o serviço privado de atendimento à saúde no Brasil pode ser dividido em quatro grandes grupos, de acordo com as características peculiares de cada um deles. Conhecer as características mais importantes de cada um pode auxiliar na análise do mercado de Saúde Suplementar; essas principais definições serão verificadas a partir do que Bahia apud Negri e Di Giovanni (2001) denominou de *“Planos Próprios das Empresas”* ou *“Autogestões”* e que diz respeito aos programas de Assistência Médica administrados por empresas não médicas, aos seus empregados. Podem dividir-se em auto-gestão (quando as próprias empresas os administram) ou co-gestão (quando essas empresas contratam terceiros para administrá-los).

De acordo com Bahia apud Negri e Di Giovanni (2001) e como citado anteriormente, esses planos se originaram da necessidade das organizações (empresas) notadamente as industriais em oferecer proteção social aos seus trabalhadores, mas ainda mais, garantir baixos índices de absenteísmo e altos índices de produtividade, tentando resolver através de ação própria, os problemas deixados pela ineficiência do poder público no assunto saúde.

Esse tipo de agente privado está invariavelmente, ligado diretamente à organização patrocinadora, através da sua área de administração de benefícios, ou a entidades paralelas como caixas de previdência, sindicatos ou associações de funcionários. As empresas patrocinadoras se obrigam na maioria das vezes a custear os planos, pagando pelos serviços utilizados pelos usuários, internalizando assim o risco da operação em função de gastos excessivos com procedimentos de saúde complexos, por exemplo.

Essa característica faz com que os preços do plano *per capita* seja o segundo mais alto do mercado, segundo dados de 1998, perdendo apenas para as empresas de Seguro-Saúde que aplicam tábuas atuariais para calcular e cobrar o risco na fatura do cliente. O custo parece ser elevado também em função da flexibilidade em incluir dependentes, agregados e aposentados aos planos, e em virtude da facilidade de acesso a serviços de maior complexidade e a acomodações diferenciadas. (Bahia apud Negri e Di Giovanni, 2001)

A elevação natural dos custos observada pela flexibilidade e facilidade de acesso aos serviços vem sofrendo a partir da década de 90 um movimento de contenção, quer seja pelo fechamento de algumas facilidades para inclusão de agregados ou mesmo de dependentes, quer seja pelo aumento da participação dos empregados no pagamento de procedimentos buscando coibir utilização desnecessária dos recursos. (Bahia apud Negri e Di Giovanni, 2001)

Como se pode verificar, a administração desse tipo de organização e os trâmites operacionais advindos da prestação do serviço são de tal ordem complexos que proporcionaram o aparecimento e o crescimento de organizações especializadas para tal.

Advindas da ação dos mesmos empreendedores, os médicos, as medicinas de grupo e as cooperativas se diferenciam, num primeiro momento, pela origem dos profissionais que as compõem: as medicinas de grupo, criadas por proprietários ou sócios de hospitais enquanto as cooperativas médicas por profissionais vinculados a entidades profissionais como os sindicatos, surgiram como opção para as organizações que se interessavam na compra de serviços aos seus funcionários, mas que não estavam dispostas a administrar os planos.

Prestaram-se também para oferecer serviços de saúde a quem estivesse interessado em quebrar a dependência com o serviço público, mas não estivesse disposto a pagar o preço da medicina liberal individualizada. (Cordeiro, 1984 apud Bahia, 2001, apud Negri e Di Giovanni, 2001). São algumas das particularidades desses dois tipos de organização que serão tratados a seguir.

2.2.2.2.As Medicinas de Grupo

Constituídas por empresas médicas, é a forma dominante no mercado e tem uma abrangência marcante no cenário regional. São empresas de pequeno porte (menos de 100 mil usuários) em sua maioria e em geral contratam serviços médico-hospitalares. Geralmente atendem as classes de menor poder aquisitivo através de dois tipos de rede: uma rede credenciada à qual o acesso do usuário é livre e uma rede não credenciada à qual o acesso do usuário é restrito; nesse último caso a utilização está vinculada aos planos de preços mais elevados.

As medicinas de grupo responderam, assim como as outras modalidades de empresariamento de serviços de saúde, por um lado às necessidades específicas de atendimento de populações de empregados e por outro a um movimento de não assalariar os médicos, trabalhando com credenciamento de rede, preservando minimamente as características de autonomia da classe médica. (Bahia apud Negri e Di Giovanni, 2001)

As adequações sofridas pelo empresariamento da medicina no Brasil dizem respeito basicamente ao movimento que as grandes empresas do setor com características de Medicina de Grupo fizeram no sentido de tornarem-se cada vez mais lucrativas e oferecer uma gama sempre maior de produtos e serviços, quer através da ampliação da rede de credenciados, quer através da oferta de produtos com possibilidade de livre escolha e reembolso, tanto que as medicinas de grupo são confundidas atualmente com empresas seguradoras e não obstante se associam a essas como no caso da Intermédica, por exemplo. (Bahia apud Negri e Di Giovanni, 2001)

O grande volume de clientela desse tipo de organização está concentrado no estado de São Paulo, com 57,7% dos clientes (dados de 1998) e há uma movimentação intensa em diversificar os serviços no sentido de tornarem-se cada vez mais competitivas. Não é muito incomum verificar como já citado anteriormente associações com empresas seguradoras, implantação de serviços aéro-médicos, de empresas relacionadas à distribuição e comercialização de equipamentos médico-hospitalares, construção e aquisição de unidades hospitalares, ambulatoriais e laboratoriais, bem como serviços de atendimento domiciliar a pacientes, conhecidos no mercado por “*homecare*”, na tentativa de diminuir cada vez mais os custos operacionais (Bahia apud Negri e Di Giovanni, 2001)

O que se verifica é que ao lado de grandes empresas, atendendo às demandas principalmente nas grandes capitais surgem empresas de menor porte, com atendimento regionalizado estabelecidas principalmente nos municípios do interior do Brasil, com planos a preços mais acessíveis, mas limitações em termos de coberturas (diminuída rede de credenciados) e de complexidade de atendimento e maior co-participação no sentido de inibir a demanda pelos serviços, com paralela diminuição de custos operacionais.

Segundo dados da Abramge (Associação Brasileira das Medicinas de Grupo) as empresas de Medicina de Grupo são responsáveis atualmente pelo atendimento de Saúde Suplementar a aproximadamente 18,4 milhões de pessoas, dos quais 78% (14,3 milhões) são de planos patrocinados por empresas a seus trabalhadores e dependentes e 22% (4,1 milhões) são de planos individuais e familiares.

2.2.2.3.Os Seguros-Saúde

É a modalidade na qual uma instituição financeira de seguros cobre os gastos com saúde feitos pelos segurados, pagando tais despesas aos prestadores de serviço de saúde. Na verdade as seguradoras não são as prestadoras de serviços, mas intermedeiam essa prestação, através do canal financeiro. A precificação dos planos é feita através de cálculos atuariais, nos quais se avaliam os riscos de sinistros de cada indivíduo ou cada grupo contratante.

Faz-se necessário frisar que as seguradoras muitas vezes encontram-se ligadas a uma instituição financeira privada, em geral um banco e que o foco que se dá à saúde suplementar nesse caso é de produto financeiro, não interessando a esses agentes todos os aspectos sociais que cercam a questão do atendimento.

As seguradoras representam a modalidade empresarial mais recente no mercado de saúde suplementar e a que congrega o menor número de clientes. A entrada desse tipo de organização no mercado de saúde suplementar foi impulsionada pela liberação, por parte da Susep (Superintendência de Seguros Privados) organismo vinculado ao Ministério da Fazenda, da cobertura aos segurados através do referenciamento dos serviços (Bahia apud Negri e Di Giovanni, 2001).

O aparecimento das seguradoras no mercado de saúde modificou sobremaneira a relação de prestação, introduzindo dois elementos pouco utilizados até então como a livre escolha e o reembolso.

Os preços praticados pelas seguradoras para os seus planos de seguro-saúde são os mais caros comparativamente às outras modalidades de prestação. Isso se deve basicamente ao cálculo atuarial ser mais rigoroso na definição dos prêmios de seguro, e também às obrigações contratuais, de maior amplitude de cobertura, definidas por instrumentos legais desde o final da década de 80.

O movimento do poder público no sentido de regular o setor de saúde suplementar, redirecionou a prestação de contas das empresas seguradoras que operavam no ramo saúde para a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), prestação essa que era feita à Susep. Na verdade, a lei 9.656, de 3 de junho de 1998 praticamente obrigou as empresas seguradoras a constituírem novas empresas de seguros, apenas para operarem no ramo saúde, na tentativa de desvincular o Serviço de Saúde Suplementar das questões puramente financeiras, tão próprias desse tipo de organização.

2.2.2.4. As Cooperativas Médicas

Constituídas por médicos que ao mesmo tempo são sócios e prestadores de serviços e que recebem pagamento proporcional à quantidade de atendimento que cada um presta através da cooperativa. O valor dos serviços é estipulado de acordo com as tabelas da AMB (Associação Médica Brasileira). As características dos planos seguem o modelo das medicinas de grupo, em pré-pagamento sendo a Unimed o mais importante representante do modelo no país.

As cooperativas médicas surgiram, a partir de meados da década de 60, no mesmo período em que as empresas de medicina de grupo, momento em que o país fazia um movimento de privatização na área da saúde em função da impossibilidade de destinar recursos para o setor público que dava claros sinais de ineficiência de atendimento.

De acordo com Irion (1994) até então as cooperativas estavam restritas à produção agrícola e o surgimento da cooperativa de trabalho médico, que congregava médicos numa operação de prestação de Serviços de Saúde Suplementar, lançou as bases para o aparecimento de um tipo de cooperativismo mais urbano, alterando as características de cooperativismo de produção para cooperativismo de trabalho.

A Unimed configura-se como o maior exemplo de prestação de serviços de Saúde Suplementar em regime de sociedades cooperativas. Trata-se de uma experiência que está navegando de uma organização tipicamente cooperativa para uma organização de grupo econômico-empresarial, mantendo, obviamente, algumas características do cooperativismo que envolveu os primeiros empreendimentos do sistema, mas agora com mais acentuadas intenções de diversificar serviços, de competir, de ampliar atividades, de expandir negócios, de acumular capital, de lucrar. (Braga e Silva apud Negri e Di Giovanni, 2001)

É praticamente impossível falar de cooperativas médicas sem falar explicitamente da Unimed, uma vez que é responsável por praticamente todas as cooperativas que oferecem planos de saúde e atende um contingente de aproximadamente 11,4 milhões de usuários (dados projetados pela Unimed do Brasil) em quase 80% dos municípios brasileiros.

O Sistema Unimed chega a faturar algo em torno de 2,6 bilhões de reais anuais através de cerca de 350 cooperativas singulares, o que parece extremamente atraente enquanto oportunidade de negócio. Além disso, a organização atua também em outros segmentos como seguros, crédito, corretagem, administração, sistemas, tendo sempre como foco o próprio corpo de cooperados (os médicos que se associam às cooperativas) e que perfazem um total de aproximadamente 96 mil em todo o Brasil.

Ao se verificar que a organização atua através do trabalho de vários médicos cooperados nas mais diversas localidades do território brasileiro percebe-se que a Unimed assume uma atuação empreendedora descentralizada. A manutenção dessa estrutura pode influenciar de forma decisiva, quando analisada a competitividade para o mercado de Saúde Suplementar.

Essa manutenção se dá através da gestão de diversos processos que serão explorados com mais detalhes por esse estudo, procurando destacar características particulares que possam evidenciar as estratégias de gestão diferenciadas e sinérgicas para o Sistema Unimed que demonstra características de conglomerado operacional e econômico. A análise será levada a bom termo a partir do capítulo 3 que apresentará a contextualização da organização no rol das cooperativas, apresentando breve histórico e principais características desse tipo de organização. Tratará ainda do surgimento das cooperativas de trabalho, modalidade pioneira no Brasil e de como, utilizando esse modelo jurídico societário a Unimed lançou-se no mercado de saúde para contrapor o modelo das medicinas de grupo.

Capítulo 3 - Caracterização dos Sistemas Cooperativos

Já foram descritos por esse estudo, características importantes do Mercado de Saúde e dos agentes que nele atuam. Atenção específica foi dada ao Agente Privado sobre o qual foram descritos os modelos de suas operações (serviços). Entre estas Organizações se encontra a que será foco de estudo, o Sistema Unimed. Na verdade essa organização desempenha um papel importante no mercado de Saúde Suplementar, sendo um dos prestadores de serviços médicos relevantes na indústria da saúde brasileira e que se caracteriza como Cooperativa de Trabalho Médico.

No presente capítulo serão abordadas as principais características das organizações cooperativas, enfatizando as cooperativas de trabalho, através de um apanhado, da análise das características jurídicas e societárias e da visualização do desenvolvimento do cooperativismo no Brasil.

Formado em sua base por diversas cooperativas de trabalho médico, o sistema Unimed evoluiu para um conglomerado, unindo grande capilaridade geográfica (sua presença é notada em aproximadamente 75% dos municípios brasileiros) com alto poder associativo da classe médica.

Para que se possa entender com mais detalhes essa e outras composições comuns ao Sistema Unimed, é necessário conhecer as principais características desse tipo de organização econômica. À descrição e análise desse modelo, seu histórico, suas características econômicas e societárias particulares é que se dedicará esse capítulo.

3.1. Histórico e características básicas das Cooperativas

As raízes históricas do cooperativismo datam da primeira metade do século XIX onde diversas correntes de pensamento se opuseram ao liberalismo econômico e suas conseqüências; caracterizaram-se por dois tipos básicos de cooperativas surgidas na oportunidade: o primeiro deles pela reunião de pessoas que desejavam estabelecer modos alternativos de vida em sociedade; o segundo pelo agrupamento de trabalhadores para fazer frente às empresas capitalistas configurando-se, não obstante, como um desdobramento dos “*trade clubs*” ou sindicatos de trabalhadores. (Duarte, apud Negri e Di Giovanni, 2001).

No entanto, a primeira cooperativa que se tem registro oficial data de 1.844 e se constitui como o marco da atividade cooperativista moderna. Num centro têxtil de Rochdale, nos arredores de Manchester, Inglaterra, 28 trabalhadores fundam uma Cooperativa de Consumo denominada “*Society of Equitable Pioneers*” (Sociedade dos Pioneiros Equitativos). (Pinho, 1982,1987 apud Duarte, apud Negri e Di Giovanni, 2001).

De acordo com Kalesp (2000) a iniciativa dos tecelões de Rochdale constituiu-se em um primeiro passo para a autogestão. A autogestão assim pode ser interpretada como um dos princípios básicos do cooperativismo, à medida que, em seu sentido etimológico, o termo autogestão significaria a entidade, no caso a cooperativa, tendo sua gestão desenvolvida pelos próprios sócios.

A primeira cooperativa surgida em Rochdale acabou por formatar o modelo filosófico e operacional que deveria ser seguido a fim de que a sociedade cooperativa pudesse lograr êxito, através de um estatuto composto de oito regras fundamentais; essas oito regras fundamentais, mais tarde inspirariam os princípios do cooperativismo moderno, conforme aborda Duarte, apud Negri e Di Giovanni (2001):

a) A sociedade seria gerida democraticamente, sendo que cada sócio teria direito a apenas um voto, não importando o volume de capital investido na sociedade;

b) A sociedade deveria ser aberta ao ingresso de qualquer interessado, bastando integrar para isso uma quota mínima de capital igual a dos outros associados;

c) O capital investido seria remunerado a uma taxa fixa de juros, evitando que todo o excedente fosse apropriado pelos investidores;

d) O excedente após a remuneração do capital deveria ser distribuído aos sócios, conforme o valor de suas compras, incentivando as operações comerciais dos sócios com a cooperativa;

e) A sociedade só venderia a vista, evitando dificuldades em épocas de crise;

f) A sociedade só venderia produtos de boa qualidade, numa posição contrária à adulteração tão comum à época, praticada como elemento barateador;

g) Os sócios deveriam receber educação cooperativista

h) A sociedade deveria ser neutra, tanto política como religiosamente.

O que também diferencia a sociedade cooperativa da sociedade mercantil ou capitalista é como a relação entre o trabalho e capital se dá em cada uma delas. De acordo com Lauschner apud Duarte apud Negri e Di Giovanni (2001) há uma diferenciação teórica entre os dois modelos que merecem análise:

a) Nas sociedades cooperativas, o poder decisório está nas mãos do trabalho, uma vez que cada trabalhador tem direito a um voto; nas sociedades de capital esse mesmo poder está nas mãos do capital onde cada ação ou grupo de ações tem direito a um voto;

b) Nas sociedades cooperativas, o excedente financeiro gerado pelas operações é pago proporcionalmente ao trabalho realizado nas operações com a cooperativa; já nas sociedades de capital esse excedente é pago ao capital, proporcionalmente ao número de ações, ou seja, de dinheiro investido na empresa ou sociedade;

c) Nas sociedades cooperativas, o fator subordinado é o capital pelo qual se pagam juros; nas sociedades capitalistas o fator subordinado é o trabalho pelo qual se pagam salários;

d) Nas sociedades cooperativas o excedente gerado pelas operações é pago em forma de quotas-parte de acordo com o volume de operações do sócio com a cooperativa ou mesmo em forma de fundos de reserva; nas sociedades de capital, o excedente é pago em forma de dividendos ou de novas ações;

e) Nas sociedades cooperativas quem assume o risco do empreendimento é o trabalho, através dos seus sócios; nas sociedades de capital quem assume os riscos do empreendimento é o capital, através da integralização dos bens dos seus sócios;

Em função da sua origem, as sociedades cooperativas acabaram mantendo uma forte característica ideológica e mesmo doutrinária o que, por vezes pode ter prejudicado o bom desempenho desse tipo de organização. Ser uma alternativa aos modelos econômicos, capitalista e socialista, ficando, por assim dizer, “no meio do caminho” entre um e outro faz desse tipo de organização uma espécie de depositário de expectativas quer por parte dos sócios, quer por parte da sociedade em geral.

Na verdade pode-se aprofundar um pouco mais essa questão e ligar o modelo cooperativista ao princípio da autogestão, estando esse intimamente relacionado a dois fatores básicos:

a) O primeiro de origem operacional, que impõe a necessidade de que o sócio opere com a cooperativa no sentido de garantir a sobrevivência da mesma enquanto entidade.

b) O segundo, de natureza administrativa, está mais ligado ao processo decisório e de representatividade; na verdade os sócios, de acordo com as normas estabelecidas pela legislação, tem direitos e deveres a cumprir numa sociedade cooperativa e um desses direitos é, através da representatividade, influenciar nas decisões a serem tomadas. É através da representatividade que o sócio cooperado pode se fazer ouvir e também ouvir o que os outros sócios tem a dizer.

Esses dois fatores garantem a identidade filosófico-ideológica, no caso do primeiro, mas dificultam a operacionalidade e a agilidade das decisões no caso do segundo, o que, num mercado altamente competitivo pode ser negativamente significativo.

De acordo com Pinho (1991) apud Kalesp (2000) o desenvolvimento da autogestão cooperativista no Brasil passou por três fases distintas: a fase onde o Estado interferia diretamente nas sociedades, fase essa representada pelo período compreendido entre 1966 a 1980; a fase de afastamento do Estado, representada pelo período compreendido entre 1980 e 1988, ano de promulgação da atual Constituição Federal e finalmente a fase de consolidação da autogestão cooperativista, representada pelo período atual, a partir de 1988, que provavelmente, em função da própria promulgação da Constituição Federal deverá alterar as bases da legislação que rege as cooperativas.

Obviamente, a esses períodos corresponderam o surgimento de novas sociedades cooperativas, dos mais diversos fins e também o surgimento de legislação específica que pudesse atender à constituição de sociedades tão peculiares. Para se ter uma idéia mais precisa, se tomado como base o surgimento do movimento cooperativista em 1844 em Rochdale, somente 88 anos após, ou seja, quase um século, surgiria no Brasil através do Decreto-Lei 22.239, a primeira legislação específica que considerava os princípios doutrinários do cooperativismo como condição para formação e reconhecimento de sociedades cooperativas (Kalesp 2000).

Para Singer (1998), apud Duarte, apud Negri e Di Giovanni (2001, p.367) a sociedade cooperativa se apresenta como uma nova forma de produção, conforme descrito textualmente:

“Está comprovado que cooperativas de espécies complementares podem formar conglomerados economicamente dinâmicos, capazes de competir com conglomerados capitalistas. Mas, cooperativas carecem de capital. É o seu calcanhar-de-aquiles. Se o movimento operário, que partilha o poder estatal com o capital, quiser alavancar o financiamento público da economia solidária, a cara da formação social vai mudar. Um novo modo de produção pode se desenvolver, este capaz de competir com o modo de produção capitalista”.

No entanto, ao se considerar que as cooperativas carecem de capital e esse é seu ponto nevrálgico admite-se que, ao tentar estabelecer para o grupo de sócios um padrão diferenciado de atividade econômica, esse tipo de organização ingressa invariavelmente num padrão capitalista de atuação, pautando-a na defesa das melhores práticas, notadamente as econômicas, para o seu grupo de associados.

O fato é que a realidade das cooperativas está longe da ideologia romântica proposta pelos *Pioneiros Equitativos de Rochdale*. A realidade que se consegue observar é que cada vez mais as cooperativas se transformam em organismos economicamente dinâmicos atuando tanto na esfera econômica quanto na social, através de ação conjunta do corpo de associados. Talvez na tentativa de apresentar uma proposta ao modelo capitalista de economia, da exploração do homem pelo homem, tão comuns ao capitalismo mais ferrenho, esse tipo de sociedade tenha enveredado, num primeiro momento, para a utopia de sociedades fraternas e solidárias.

As realidades do mercado empresarial no Brasil e no mundo, no entanto, com economias cada vez mais globais e organizações cada vez mais competitivas, pressionam as empresas para a realidade onde o bom desempenho econômico e financeiro, nos empreendimentos e negócios, deve ser uma constante e os benefícios devam vir por consequência; as cooperativas estão incluídas, idealismos utópicos à parte, nessa realidade.

3.1.1.Cooperativismo no Brasil

O número de cooperativas no Brasil ainda é pequeno, se comparado ao número total de empresas e há um certo desconhecimento sobre o papel desse tipo de organização na sociedade e no processo de produção da riqueza. O desconhecimento da ideologia e dos princípios cooperativistas faz com que as cooperativas apresentem dificuldades tanto internamente, se pensarmos nos sócios e nos dirigentes, como externamente, se pensarmos na sociedade em geral, o que de certo modo tende a inviabilizar a cooperativa como proposta de organização da economia, de maneira mais ampla. (Irion ,1997)

As dificuldades também estão no interior das cooperativas, à medida que ao atuar na economia é exigido dessas cooperativas, assim como o é das empresas de capital, um volume cada vez maior de profissionalização. Em matéria datada de 08 de abril de 2003, sob o título “*Cooperativismo vai à escola*”, o jornal *Gazeta Mercantil* afirma que dirigentes de cooperativas têm procurado investir na própria capacitação profissional, uma vez que se encontram à frente de um setor que reúne 7.549 cooperativas, quase 5 milhões de associados, exporta US\$1,09 bilhão e responde por 6% do PIB brasileiro, o que sem dúvida se apresenta como um cenário econômico bastante dinâmico, competitivo e desafiador.

O movimento cooperativista brasileiro nasce no início do século XX com o lançamento das bases de uma cooperativa de crédito no Sul do país, mas o impacto e a representatividade desse setor para a economia começa a se desenhar apenas a partir do final da década de 1940 quando, pressionado pela maior importância dada pelo poder público à incipiente indústria nacional, o setor agrícola começa a se organizar a partir da iniciativa dos próprios atores.

De acordo com Cardoso (1998) nos anos 40 Getúlio Vargas teria lançado as bases para uma economia urbana, deixando de privilegiar, principalmente os cafeicultores, cultura que projetara o Brasil no mercado internacional, para privilegiar os industriais, fator que persistiu durante os anos 50 com os incrementos à indústria feitos por Juscelino Kubitscheck.

De acordo com o que postula Rodrigues (1974), a industrialização no Brasil se desenvolveu de maneira díspar daquela observada na Europa da Revolução Industrial. Começou mais tardiamente e trouxe de maneira mais imediata, talvez também em virtude do atraso com o qual começou a figurar no ambiente econômico nacional, tecnologias mais sofisticadas ficando restrita a algumas áreas do país. Esse tipo de desenvolvimento acabou por manter em grande parte as estruturas sociais, existentes no interior não atingido pela onda industrializadora, bem como os padrões de consumo e estilo de vida que já perduravam há muito tempo.

Assim, a agricultura que deveria ter se transformado de tradicional em moderna, não cumpriu esse ritual, provocando o deslocamento das massas de trabalhadores para as áreas urbanas onde pudesse encontrar trabalho na indústria.

Neste contexto com o ciclo de modernização agrícola incompleto, sendo sobreposto pelo ciclo industrial e urbano, foi necessária a busca por meios de produção e comercialização rural capazes de manter as populações agrícolas do interior do Brasil que não migraram para a atividade industrial urbana; um desses meios foi a cooperativa agrícola.

Além de atuarem como uma espécie de catalisador de associados, a manutenção das suas estruturas administrativas e operacionais exigiu que as cooperativas fossem também ofertantes de empregos. A OCB (Organização das Cooperativas Brasileiras) divulgou em Dezembro de 2001 a distribuição das pessoas ligadas a entidades cooperativas, de acordo com o ramo de atuação das mesmas; arredondando-se os números, são 4 milhões e 780 mil cooperados e 175 mil empregados diretos; desse total, aproximadamente 327 mil cooperados e 21 mil empregados atuam na área da saúde, foco desse estudo.

3.2. Características Jurídicas e Societárias

Concluída a questão filosófica, cabe caracterizar a organização cooperativa de forma mais técnica, inclusive à luz da legislação específica. De acordo com Faria apud Rose (1988) a legislação específica que rege as sociedades cooperativas, através da lei 5.764 de 16 de dezembro de 1971, instituiu para as cooperativas, a característica de associação econômica, denominada na própria lei como “sociedade de pessoas”, “de natureza civil” e “não sujeitas à falência”, “constituídas para prestar serviços aos associados”, aspectos estes que as diferenciam das demais sociedades, notadamente das sociedades de capital, ou sociedades por ações.

Nas sociedades cooperativas, porém, as operações são realizadas também com bens ou produtos aportados pelos sócios sem, no entanto, transferência de domínio, uma vez que entre a sociedade e o sócio não há operação de mercado, mas sim ato cooperativo. A sociedade cooperativa é mera depositária dos bens, produtos ou mesmo serviços de propriedade dos sócios, recebendo destes, delegação para realizar oferta e comercialização conjunta dos mesmos (Faria apud Rose, 1988). Assim pode-se dizer que a cooperativa atua como representante do grupo de sócios para que haja comercialização dos produtos ou serviços, minimamente fundamentada em ganhos de escala.

Na sociedade dita de capital, os sócios usufruem os benefícios sociais provenientes dos resultados dos negócios, através da participação direta nas atividades da sociedade. Essas atividades são feitas em seu próprio nome, com bens e/ou produtos de sua propriedade, uma vez que quando os sócios trazem esses bens para a sociedade, realizam o aporte dos mesmos a título de transferência de domínio, para constituição do capital da sociedade.(Faria apud Rose, 1988).

O Ato Cooperativo, operação de importância no dia-a-dia das cooperativas não é traduzido como uma operação de mercado, mas sim, como uma operação interna entre a cooperativa e o associado, ainda que seja expressa em valores monetários. Quando houver associação entre cooperativas, por exemplo, cooperativas de primeiro e segundo grau e ocorram operações entre ambas, essas operações também são classificadas como Ato Cooperativo.

O fato é que a cooperativa e o cooperado são encarados como sendo a mesma identidade jurídica e as transações entre eles é de natureza interna e não de natureza de mercado; as cooperativas são representantes do conjunto de sócios e o benefício econômico se produz para o sócio e não para a cooperativa; no entanto a cooperativa tem que recorrer ao mercado para poder atender à demanda econômica do conjunto de associados.

Em resumo, o Ato Cooperativo é a transação entre o sócio e a cooperativa, em grande parte resultado das operações dessa com o mercado. Na verdade Ato Cooperativo nomeia toda a operação econômica, de caráter monetário ou não, quer seja da cooperativa para o sócio, como transferência de valores aos cooperados, resultado de suas operações com a cooperativa, quer seja do sócio para cooperativa, como integralização de capital em forma de quotas-parte, por exemplo.

De acordo com Krause (1998, p.70) “*a cooperativa é uma empresa sui generis, mas é uma empresa*”. Essa afirmação remete a uma reflexão onde o modelo de administração talvez seja o mesmo para as empresas cooperativas e para as não cooperativas.

Krause (1998, p.70 e 71) vai além e postula que “... *sob o ponto de vista social, a cooperativa é uma sociedade de pessoas que reconhecem a similitude de algumas de suas necessidades, de um lado e, de outro, a possibilidade de melhor satisfazê-las através de uma associação que combine esses interesses. O elemento econômico torna a cooperativa uma empresa comum, cujo objetivo é atender às necessidades que as pessoas buscam satisfazer e com isto manter-se em atividade e crescer*”.

De acordo com Pinho (1986) a conceituação de cooperativa está ligada ao fato de pessoas que decidem constituir uma empresa, dirigindo-a democraticamente para atingimento de uma finalidade comum.

Dessa ação deriva o nome cooperativa; são pessoas que operam juntas, que co-operam uma determinada atividade, contribuindo de forma equitativa para a formação do capital social dessa empresa de modo a poder utilizá-lo também de forma equitativa não com o intuito de multiplicar esse capital social, mas sim de atingir objetivos sociais e econômicos que não atingiriam na operação individualizada. Obviamente dessa ação decorre a possibilidade de perdas, nas quais os sócios também são solidários.

As cooperativas são sociedades que possuem uma caracterização jurídica e econômica distintas e bastante ligadas ao tipo de operações às quais estiver voltada. A legislação que por definição deve ser encarada como princípio, afirma que esse tipo de organização não esteja, no tocante às suas atividades econômicas, voltada à obtenção de lucro. Por lucro deve-se entender especificamente aqui, a remuneração pelo capital investido na atividade, ou de acordo com o que postula Schumpeter (1997 – p.129) que “*o lucro empresarial é um excedente sobre os custos*”.[...] “*Do ponto de vista do empresário, é a diferença entre receitas e despesas no negócio*”, afirmando que o lucro empresarial é o resultado de um (novo) modelo operacional que cria uma discrepância entre o preço que o mercado está disposto a pagar e os custos resultantes da ação do empresário em sua empresa.

A diferença parece residir no bojo modelar que requer que, nas sociedades cooperativas, esses eventuais resultados positivos, efeito da aplicação em operações bem sucedidas, sejam distribuídos aos sócios conforme o volume de operações que esses mantêm com a cooperativa, o que configuraria remuneração pela operação ou pelo trabalho, e não pelo capital empregado, enquanto que nas sociedades capitalistas a distribuição é feita pela quantidade de capital que o sócio empregou na operação.

Ainda que não empreguem capital próprio, mas assumam os riscos da operação em nome do capital de outrem (os sócios), as cooperativas podem obter os resultados positivos nessas transações que mesmo assim não serão chamados de lucro, apesar de resultar em benefícios, não para sociedade diretamente, enquanto empresa, mas para o sócio individualmente. Nesse sentido, os resultados da operação modificada pela ação dos empreendedores, onde os recursos coletivos são empregados em nome do benefício de todos e através do trabalho conjunto, poderá resultar em ganhos econômicos, e será diferente do lucro no sentido da forma de remuneração ao sócio.

Enquanto nas empresas de capital o sócio ganha mais se tiver empregado mais capital, na sociedade cooperativa o sócio ganha mais se trabalhar mais com a cooperativa. Assim, é importante frisar que o fato de não visar lucro no sentido estrito e técnico do termo, não significa de forma alguma, não buscar resultados econômicos positivos.

A avaliação das atividades das sociedades cooperativas deve acontecer através da verificação dos dados econômicos e dos dados sociais, conforme afirma Pinho (1986).

Essa avaliação é realizada observando diversos critérios como o total de associados, o volume de operações, o capital social, mas que têm se revelado tímidos frente ao dinamismo econômico e social que as cooperativas podem apresentar. Nesse sentido seria mais interessante aumentar a possibilidade de conhecer melhor essas organizações, tornando conhecidos dados como capital social, montante do FATES (Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social), montante das operações internas e externas, crescimento do volume de negócios, posição da cooperativa em seu ambiente ou nicho de negócio.

3.3. Cooperativas de Trabalho Médico – A Unimed como cooperativa

As cooperativas iniciaram o seu desenvolvimento no Brasil através do lançamento das bases das cooperativas agrícolas. Não se pode negar que elas acabaram desenvolvendo estratégias de mobilização de contingentes rurais em torno de atividades agrícolas (Pereira, 1999), indispensáveis ao desenvolvimento das diversas regiões e do país como um todo.

Antes, porém, no início do século, o Brasil já tinha passado pela experiência das cooperativas de crédito e muitas empresas adotavam a prática de incentivá-las perante o grupo de empregados, evitando que os problemas de ordem financeira pudessem afetar a sua produtividade.

As cooperativas de crédito funcionam como bancos solidários onde a contribuição, em forma cotas, de cada membro constitui o capital social do qual os mesmos membros podem usufruir pagando juros mais baixos do que os praticados pelo mercado financeiro.

As cooperativas de trabalho, no entanto, são, ao menos no Brasil, uma realidade mais recente. O surgimento da Unimed no cenário nacional como uma das primeiras cooperativas a oferecer, como produto econômico à sociedade e ao mercado, os serviços altamente especializados do grupo de médicos cooperados, trouxe para a visibilidade do cenário econômico, essa nova configuração de organização cooperativa, atuando especificamente no mercado de serviços.

Por serviços pode-se definir a ação que gera um desempenho por parte de uma pessoa ou empresa, em benefício de outra e estão basicamente ligados às expectativas que os tomadores ou consumidores do serviço tem em relação ao mesmo. Assim serviços são atividades econômicas que criam valor e fornecem benefícios para clientes, respeitados fatores importantes como especificidade (necessidade ou desejo), tempo e local (Lovelock e Wright, 2001).

De acordo com Lovelock e Wrigth (2001) os serviços constituem parte importante da economia moderna, respondendo no Brasil, por exemplo, por 55% do Produto Interno Bruto; no Canadá esse número sobe para 67% e nos Estados Unidos para 72%. Se considerado o PIB do ano de 2000, de pouco mais de 1 trilhão de reais, cerca de 597 bilhões de reais correspondem à riqueza gerada pelo setor de serviços, do qual os serviços de saúde também fazem parte.

De acordo com Kotler, trabalhar com serviços de saúde pode ser especialmente delicado porque envolverá, entre outras coisas a existência de demanda, a necessidade de dispor de um corpo médico competente, de hospitais próprios ou não, a possibilidade de administrar riscos bem como a disponibilidade de linhas de financiamento.

Sobre a complexidade dos serviços e a composição do quadro social das cooperativas de trabalho, Pinho (1986, p.13) afirma que o comportamento econômico da cooperativa depende em grande parte da capacitação dos sócios, conforme afirma textualmente: “[...] há cooperativas de trabalho cujos associados são especialistas altamente qualificados – como no caso das Unimed (cooperativas médicas que contam com médicos especializados) [...], mas há cooperativas de trabalho com mão de obra semi qualificada (cooperativas de transportadores de carga, de trabalhadores em edifícios) ou mesmo não qualificada (como as cooperativas de trabalhadores rurais volantes ou bóias-frias” [...]

De acordo com Irion (1997) à época da fundação da Unimed, o cooperativismo atravessava uma fase onde os organismos governamentais tentavam tutelar as cooperativas, havendo uma idéia de que o cooperativismo deveria estar restrito às atividades de produção e de consumo, não havendo possibilidade de formação de cooperativas de profissionais de nível universitário, como médicos por exemplo. Assim, uma das grandes dificuldades iniciais foi o entendimento do poder público de que a formação das cooperativas médicas não tinha a única intenção de se esquivar do pagamento de impostos cobrados sobre a atividade médica, mas sim de coordenar o empreendimento de serviços de saúde como alternativa para as realidades brasileiras da época.

De acordo com Pereira (1999) a necessidade de obedecer à regras de mercado, muitas vezes implacáveis fez com que as cooperativas de trabalho se voltassem muito mais à gestão comercial e administrativa do que propriamente às teorias relacionadas ao cooperativismo.

Nesse sentido, a Unimed, atuando num mercado bastante concorrido como o de Saúde Suplementar acabou por adotar também uma postura de organização preocupada com resultados financeiros; disponibilizar na cesta do consumidor um Plano de Saúde de qualidade a preços competitivos parece ter influenciado a organização no seu modelo de formação.

Aliando a alta especificidade dos serviços médicos que poderia oferecer, com um modelo de cooperativas de trabalho, o Sistema Unimed conseguiu expandir-se como alternativa para a classe médica notadamente no interior do país, representando também a possibilidade de atendimentos de melhor qualidade a preços um pouco mais acessíveis justamente em áreas carentes desse tipo de serviços.

Assim, o que se verifica é que o surgimento da Unimed, como proposta de cooperativa de trabalho significou certo pioneirismo frente ao mercado. Ao adotar características cooperativas, incrementa o quadro de cooperativas de trabalho, até então sem significância nas estatísticas brasileiras, ao mesmo tempo em que institui um alto grau de especificidade ao produto oferecido (serviços de atendimento à saúde). A organização merece sem dúvida análise mais apurada e é a isso que se dedicará o próximo capítulo.

Capítulo 4 – Estudo de Caso: o Sistema Unimed

A fim de que se conheça com mais detalhes a organização em estudo, se faz necessário que suas principais características sejam trazidas à análise. Na verdade, o que se busca nesse capítulo é dar corpo ao estudo do caso, conforme descrito na metodologia, buscando abordar as questões centrais que foram propostas. Através do histórico da organização deve-se conseguir a sua caracterização partindo na seqüência para verificação das estruturas operacionais, dos produtos e serviços e dos elementos de integração, tão importantes para estabelecer nexos conceituais. Serão, portanto realizadas abordagens que enriqueçam o conhecimento a respeito do Sistema Unimed e da sua interferência enquanto agente no mercado de Serviços de Saúde Suplementar.

A organização, que esse estudo busca analisar, constitui uma das primeiras experiências de cooperativismo de trabalho no Brasil, surgindo no cenário da prestação de serviços de saúde, como alternativa, não apenas para o consumidor, mas principalmente para a classe dos médicos, que começava assistir ao definhamento do exercício da medicina liberal enquanto viabilidade para a prática médica.

O Sistema Unimed configura-se como um dos maiores conglomerados cooperativos do mundo e talvez o maior exemplo de cooperativismo no Brasil. De acordo com Irion (1997) a Organização das Nações Unidas classifica a Unimed como o maior sistema mundial de cooperativas de provedores de saúde. A página da Aliança Cooperativista Internacional na internet também classifica a Unimed como a principal rede de assistência médica do Brasil.

Na primeira etapa de seu desenvolvimento, as cooperativas médicas, no intuito de conseguir manter e ampliar seu espaço no mercado adotaram um posicionamento interessante no setor:

- a) aos clientes, acenaram com planos em pré-pagamento absolutamente idênticos aos das medicinas de grupo;

b) aos profissionais médicos, acenaram com a manutenção da liberdade do atendimento em consultório, com a remuneração “mais justa”, com a não mercantilização da medicina, com a ampla possibilidade de acesso à organização como empresários garantida pelo voto nas assembleias gerais, característica primária das organizações cooperativas.

Faz-se necessário também, definir a organização, respeitando-se suas características de cooperativa de trabalho. Conforme já citado a organização cooperativa também é uma empresa e como empresa deve ter como objeto a produção e comercialização ou circulação de bens e serviços e que persegue, de modo habitual, uma finalidade econômica determinada, de acordo com o objeto ao qual se propõe. (Rosembuj, 1982). Assim, conhecer um pouco mais da história e das características do Sistema Unimed considerando aspectos econômicos e operacionais é a proposta da abordagem que se segue.

4.1. Histórico da Organização

A Unimed surge na década de 1960, na cidade paulista de Santos, com a intenção clara, conforme afirma Irion (1997) de trabalhar num novo modelo, que pudesse oferecer um sistema de saúde que fosse acessível à grande parte da população e ao mesmo tempo, em função de uma constituição particular, enfrentar problemas doutrinários, jurídicos, tributários, operacionais e econômicos, favorecendo também a classe médica e o seu trabalho. Segundo Duarte apud Negri e Di Giovanni (2001, p.370) [...] *“a fundação da primeira cooperativa Unimed ocorreu em Santos/SP, a partir da mobilização de dirigentes do sindicato da categoria, como uma reação à ameaça de controle do trabalho médico por terceiros”*.

Além desses problemas, outra dificuldade enfrentada pela Unimed foi a falta de outras organizações, que pudessem servir de referência para decisões operacionais a respeito do negócio que se criava. A tecnologia disponível se restringia às cooperativas agrárias e de consumo e não havia possibilidade de aplicação dos mesmos princípios operacionais a uma cooperativa de trabalho, muito mais de um trabalho tão especializado e complexo como a prestação de serviços de saúde.

Em virtude de, na mesma oportunidade, estarem surgindo empresas de medicina de grupo como iniciativa de empresários, advogados e mesmo grupos de médicos, notadamente donos de redes de hospitais, a ameaça do recrutamento dos médicos com salários que pudessem não compensar, bem como a oportunidade de estabelecer-se como empresa parece ter mobilizado o grupo de Santos.

A partir de 1970, profissionais médicos de outras regiões de São Paulo, mais precisamente Piracicaba e Campinas, interessados em adquirir “*know how*” para abrir suas próprias cooperativas, procuram o grupo de Santos; essa ação, começa dar à organização, as características de sistema. (Irion, 1997)

O desenvolvimento no decorrer do tempo e a escolha por assumir características tipicamente empresariais, parece ter criado na Unimed um certo conflito de princípios: de um lado as necessidades de um mercado demandante e carente por atendimento médico acessível e de qualidade; de outro os princípios cooperativistas tradicionais que tentavam manter a organização no patamar de empresa sem finalidades lucrativas, voltada aos seus associados, os médicos cooperados.

O dilema que se propunha então era o de como manter o foco na prestação de serviços aos associados da cooperativa (os médicos), manter uma operação de prestação de serviços num mercado demandante e resolver as questões advindas do crescimento de um sistema cooperativista, à medida que se faziam necessárias a interdependência e a autonomia entre as diversas cooperativas que integravam o sistema.

A evolução dessa primeira experiência desde uma estrutura cooperativa numa cidade do litoral do Estado de São Paulo, para uma estrutura conglomerativa, quer a análise do conglomerado se faça pela quantidade de novas cooperativas que foram se espalhando por todo o território nacional e de forma mais intensa nos municípios do interior, quer se faça pela diversidade dos negócios que foram se abrindo sob o guarda-chuva da marca, merece avaliação mais detida, principalmente no que envolva os seus processos de gestão e de posicionamento para competitividade.

4.2.Estrutura Orgânica e Operacional do Sistema Unimed

É necessário descrever a estrutura do Sistema Unimed, para que se possa verificar a amplitude de alcance dos serviços médicos prestados, em todo o território nacional; antes, porém é importante realizar a caracterização da estrutura interna. De acordo com Duarte (2000) a Unimed é um complexo empresarial, voltado para a prestação de serviços de saúde e de assistência médica, tendo como característica principal a organização profissional das operações.

Neste tipo de configuração organizacional prevalece um mecanismo de coordenação regido pela padronização de habilidades, notadamente de habilidades médicas, por profissionais altamente especializados e com grande necessidade de autonomia, conforme requer a profissão. Além da elevada especialização, destaca-se também a descentralização horizontal da estrutura, característica fortemente presente nas organizações cooperativas, o que faz com que o poder de decisão administrativa esteja, assim como o poder técnico da profissão, não sujeito a uma linha hierárquica definida, dentro do conceito de *“cada cooperado um voto”*. Assim, o principal dente da engrenagem é o núcleo operacional médico responsável pela produção de bens e prestação de serviços, sendo difícil caracterizar uma estrutura de poder decisório para a organização enquanto sistema.

Essas características emprestaram à Unimed [...] *“uma história e um desenho peculiares, os quais expressam os caminhos percorridos por dirigentes da categoria médica para conformar uma organização capaz de otimizar as possibilidades de ocupação do mercado de trabalho e fugir da submissão salarial a empresas médicas, adotando o discurso do exercício liberal, ético e socialmente comprometido da profissão”*. Duarte (2000, p.5).

O Sistema Unimed, no entanto, respeita um desenho organizacional que é proposto pela natureza cooperativa da sociedade. Apesar de estar caracterizada como uma empresa, a Unimed preserva a organização de suas estruturas de prestação de serviços, em níveis, que não devem ser considerados hierárquicos, mas que de toda forma, distribui poderes e funções conforme a composição e características das cooperativas e está demonstrada a seguir:

a) **Cooperativas de primeiro grau**, denominadas por Irion (1997) como cooperativas singulares ou de base, são as cooperativas formadas por pessoas, e se encontram no estrato inferior do sistema, tendo responsabilidade fundamental pelos negócios cooperativos. A Constituição Unimed (1998) em seu artigo 12 menciona os direitos das cooperativas singulares dos quais os mais importantes são:

I. *Deliberarem sobre a admissão de cooperados e organizarem o quadro associativo e a forma de gestão;*

II. *Definirem formas e valores dos contratos de prestação de assistência médica que firmarem em nome dos cooperados, assegurando-lhes condições de sua execução;*

III. *Remunerar diretamente seus cooperados;*

IV. *Viabilizar aos cooperados, com recursos próprios ou de terceiros, mediante contratos, a utilização de hospitais e de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia;*

V. *Deliberarem sobre participação ou não, com ou sem ônus em projetos federativos ou confederativos;*

VI. *Deliberar sobre todos os assuntos de seu peculiar interesse*

b) **Cooperativas do segundo grau** formam as federações e as centrais de cooperativas. De acordo com Irion (1997) se encontram no estrato intermediário do sistema cooperativo e se originam da associação de três ou mais cooperativas de primeiro grau, sendo responsáveis pelos negócios das cooperativas em determinada região geográfica. Podem ser classificadas como núcleos cooperativos que procuram se organizar para estimular negócios com ganhos de escala e maiores possibilidades políticas de negociação. A Constituição Unimed (1998) em seu artigo 12 menciona os direitos das cooperativas de segundo grau, também denominadas Federações Estaduais ou Regionais, dos quais os mais importantes são:

I. *Deliberarem sobre a admissão de singulares e de associados individuais definirem formas e valores dos contratos federativos de prestação de assistência médica que firmarem em nome das Singulares e dos associados, garantindo-lhes condições de execução;*

II. *Definirem formas e valores de repasses às Singulares e aos associados individuais dos resultados dos contratos federativos;*

c) **Cooperativas de terceiro grau** que formam as confederações e as uniões e são o resultado da união de três ou mais cooperativas de segundo grau encontrando-se no ápice do sistema estratificado (Irion, 1997). A mais importante confederação do Sistema Unimed é a Confederação Nacional, sobre a qual, a Constituição Unimed (1998) em seu artigo 12 menciona os principais direitos que são descritos a seguir:

I. *O comando político do Complexo Empresarial e Cooperativo Unimed;*

II. *Definir formas e valores para o intercâmbio, no primeiro caso e para execução no segundo caso, dos contratos nacionais (1º caso) e confederativos (2º caso) de prestação de assistência médica que firmar em nome das singulares e federações, assegurando-lhes condições de sua execução;*

III. *Divulgar informações técnicas de interesse de todas as cooperativas do sistema Unimed*

Pode-se interpretar do anteriormente exposto que a Constituição Unimed procura estabelecer um parâmetro de relações de esfera político-jurídica onde o funcionamento das cooperativas respeite um mínimo de organização. Por se desenvolverem num sistema altamente descentralizado, as cooperativas carecem de mecanismos que consigam realizar a padronização da utilização da marca e a manutenção do espaço competitivo no mercado de serviços de saúde suplementar.

Essa caracterização se presta para entenderem-se as relações políticas e operacionais internas no Sistema Unimed. Para o mercado de Saúde Suplementar, no entanto, a Unimed representa uma entidade única de prestação de serviços médicos que domina grande parte do mercado nacional, principalmente nos municípios do interior do Brasil. Assim é importante que se passe à análise de alguns números da estrutura do Sistema Unimed. As **tabelas 4 e 5** a seguir, adaptadas dos dados obtidos da Unimed do Brasil (Confederação Nacional) demonstram aspectos da estrutura traduzidos em números:

Tabela 4 – Distribuição dos organismos cooperativos na Estrutura Organizacional do Sistema Unimed, 2003

| Especificidade da Organização Cooperativa | Quantidade |
|--|-------------------|
| Confederações | 2 |
| Federações Interfederativas | 3 |
| Federações Intrafederativas | 12 |
| Federações Regionais/Estaduais | 22 |
| Central Nacional | 1 |
| Singulares | 350 |
| Seccionais | 1 |

Fonte: Unimed do Brasil (2003) – Relatórios Internos pesquisados pelo autor

O que se pode verificar é que o grande número de singulares parece atender a uma demanda específica em serviços de saúde existente em todo o país. O número de duas Confederações corresponde à dissidência da Federação Norte e Nordeste do Sistema, conforme observa Duarte apud Négri e Di Giovanni (2001) o que acabou por criar uma disputa interna pela adesão das singulares e federações e pelo direito de utilização da marca Unimed que, registre-se como importante, recebeu no ano de 2002 o prêmio “Top of Mind” pela quinta vez consecutiva.

A Central Nacional Unimed que figura na **Tabela 4** é uma Cooperativa Central criada para negociar contratos específicos com pessoas jurídicas e que necessitem de atendimento em todo o território nacional. Na verdade a Central Nacional (Operadora Nacional) figura como um intermediador entre o tomador do serviço de saúde e as Cooperativas que prestam esse serviço em suas bases territoriais.

A estrutura organizacional sozinha não significa muita coisa sem os números que estão diretamente relacionados ao mercado e à possibilidade de atendimentos gerados pela organização dentro do seu escopo de prestação de serviços. Por isso, partindo também de dados da Unimed do Brasil (Confederação Nacional) esse estudo adapta a **tabela 5** agora com aspectos da cobertura operacional do Sistema Unimed, que são comparados com os dados nacionais (IBGE):

Tabela 5 – Distribuição dos Recursos Operacionais do Sistema Unimed, de acordo com especificidade do recurso, 2003 , Brasil

| Item | Quantidade |
|---|------------|
| Cooperados | 96.743 |
| Usuários | 11.434.641 |
| Municípios Atendidos | 4.125 |
| Número de Municípios Brasileiros (IBGE) | 5.507 |
| Percentual em Relação ao número de Municípios do IBGE | 74,90% |
| Média de Municípios por Singular | 11,79 |
| Quantidade de Usuários por Médico | 118,20 |
| Médicos para cada Grupo de 1000 usuários | 8,46 |

Fonte: Unimed do Brasil (2003) – Relatórios Internos pesquisados pelo autor e IBGE (PNAD-2000)

O que se pode verificar é a importância em termos absolutos da cobertura da Unimed nos municípios Brasileiros; de um total de 5.507 municípios, pelos dados do IBGE, (PNAD 2000) as operações do Sistema Unimed cobrem praticamente 75% do total, prestando serviços para aproximadamente 11 milhões e meio de usuários através de 96 mil médicos cooperados o que perfaz uma média de 118 usuários por médico do Sistema e uma média de 8,4 médicos para cada mil usuários.

Comparativamente ao quadro nacional, utilizando-se a população estimada pelo IBGE, bem como os números divulgados pelo Ministério da Saúde, obtém-se um quadro total onde o Brasil teria, teoricamente, uma média de 537 habitantes para cada médico ou uma média de 1,86 médicos para cada mil usuários. Senão observe-se a **tabela 6**, obtida através do PNAD e do Datasus (Ministério da Saúde)

Tabela 6 – Distribuição dos Recursos Humanos na prestação de Serviços de Saúde – 2000, Brasil

| Item | Quantidade |
|--|-------------------|
| Total de Médicos | 328.000 |
| População Total Estimada (IBGE) | 176.315.000 |
| Quantidade de Habiantes para cada Médico | 537,55 |
| Médicos para cada Grupo de 1000 usuários | 1,86 |

Fonte: IBGE (PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios) e Ministério da Saúde (Datasus)

Comparativamente a Unimed apresenta possibilidade de atendimento de aproximadamente 419 usuários a menos por médico o que perfaz aproximadamente 6,5 médicos a mais para cada grupo de mil usuários. Essas informações remetem à verificação da importância da organização no mercado de saúde suplementar, principalmente quando se verifica que a mesma é responsável pelo atendimento médico de aproximadamente 6,5% da população brasileira.

Ainda tratando-se de estrutura de operações, o Sistema Unimed ocupa um significativo espaço quando o assunto é a oferta dessa estrutura ao seu grupo de clientes. Na verdade são diversos recursos à disposição no intuito de atender à demanda e também de poder oferecer, em contrapartida maior volume de trabalho aos médicos que operam com as cooperativas do sistema.

A tabela 7 demonstra os recursos oferecidos aos usuários do Sistema, através das diversas cooperativas:

Tabela 7 – Oferta de Recursos Médico-hospitalares do Sistema Unimed – 2003, Brasil

| Item | Quantidade |
|---|-------------------|
| Total de Hospitais no Brasil | 6.596 |
| Hospitais da Rede Credenciada Unimed | 3.596 |
| Percentual de Hospitais Credenciados | 54,52% |
| Recursos Credenciados (Laboratórios e Centros de Diagnóstico) | 16.000 |
| Leitos Ocupados | 11.000 |

Fonte: Unimed do Brasil – Relatórios Internos Pesquisados pelo autor; IBGE(PNAD- 2000) e Ministério da Saúde (Datasus)

O que se consegue verificar é a amplitude das possibilidades de atendimento hospitalar através de credenciamento da rede. Esse tipo de possibilidade se configura como diferencial competitivo, uma vez que acena aos usuários com um amplo espectro de atendimento hospitalar. Além disso, os recursos credenciados para exames laboratoriais e centros de diagnóstico perfazem a média de 3,88 por município atendido pelo Sistema Unimed.

4.3. Estrutura Econômica

De acordo com Irion (1997) em 1992 o movimento financeiro dentro do Complexo Unimed, que congrega cooperativas e empresas de capital já atingia a casa dos 3 bilhões de dólares por ano, o que fez com que as lideranças acolhessem a idéia de tentar reciclar esse dinheiro dentro do próprio Sistema através de organizações de crédito.

Foram então criadas as Unicreds, cooperativas de crédito mútuo que já em 1997 alcançavam a casa de 90 cooperativas singulares e exibiam um patrimônio superior a 34 milhões de reais com empréstimos anuais superiores a 1,2 milhões de reais.

Para que se possa ter uma noção mais clara, do volume e da representatividade do negócio saúde, aborda-se Kotler (1978) que afirma, que a indústria da saúde é uma das maiores dos Estados Unidos e representa parte importante do PIB daquele país. Segundo ele, uma organização de preservação da saúde é um empreendimento complexo, na medida em que exige financiamento, planejamento e mesmo marketing cuidadosos porque essas organizações em geral atendem a uma forte demanda da comunidade, os serviços estão ligados às necessidades muito específicas e inadiáveis e a organização necessita de apoio e simpatia, sem o qual estará fadada ao fracasso.

Utilizando-se a abordagem de Kotler (1978), o que se pode observar é que buscando atender a uma demanda específica e com baixos investimentos iniciais o Sistema Unimed conseguiu estabelecer conhecimento de marca e certa confiabilidade quando se trata de serviços de saúde suplementar, criando no decorrer do tempo de sua existência uma estrutura econômica capaz de manter, prestando serviços, uma comunidade de aproximadamente 90 mil médicos.

A **tabela 8** demonstra parte dos dados econômicos do Sistema Unimed e sua mobilização no sentido de prestar atendimento aos usuários clientes. Merece registro que na tabela não estão incluídos os dados referentes ao patrimônio das empresas de capital, restringindo-se a análise, ao sistema de cooperativas Unimed.

Tabela 8 – Quantidade de Usuários e Estrutura de Serviços do Sistema Unimed - 2003

| Item | Quantidade |
|------------------------------|------------|
| Usuários | 11.434.641 |
| Hospitais Próprios | 62 |
| Leitos Próprios | 2.762 |
| Pronto-Atendimentos Próprios | 71 |
| Laboratórios Próprios | 25 |
| Ambulâncias Próprias | 267 |
| Jatos Próprios | 6 |
| Jatos Arrendados | 1 |
| Helicópteros Próprios | 5 |
| Helicópteros Arrendados | 1 |

Fonte: Unimed do Brasil – Relatórios Internos pesquisados pelo autor

Na tabela anterior, chama atenção um dado em particular: a existência de hospitais próprios existentes no Sistema Unimed; são 62 hospitais que perfazem 0,94% (quase 1%) do total de hospitais brasileiros. O mais importante, no entanto não é exatamente a representatividade do número frente ao número nacional, mas sim a iniciativa do empreendimento, a medida que, para administrar complexos hospitalares deve haver uma expertise diferenciada, quer de ordem técnica quer de ordem administrativa.

Assim, o dado consegue dar uma noção mais clara da complexidade do Sistema Unimed e de como atua em áreas tão diametralmente opostas como administração de dinheiro, como é o caso das Unicreds e administração hospitalar, como é o caso da propriedade de hospitais, por parte de cooperativas do Sistema.

Abordando a questão hospitalar há uma ampla discussão no Sistema Unimed, sobre se é ou não interessante aos negócios cooperativos possuir hospitais e recursos próprios ou terceirizar toda a rede. Pode-se notar que muitos dos médicos cooperados possuem negócios próprios, fruto de seu próprio investimento e que prestam serviços às cooperativas. O fato é que a decisão de se ter ou não recursos próprios acaba ficando sob decisão da própria cooperativa, cabendo a ela os riscos e os benefícios advindos da decisão. O Sistema não se posiciona de maneira muito clara a respeito, mas muitas vezes se dispõe a dar auxílio técnico para desenvolvimento desse tipo de empreendimento.

Pode-se verificar, no entanto que a decisão pelos recursos próprios também está ligada à oferta de serviços hospitalares na região coberta pela cooperativa. Nas regiões onde a oferta de serviços por parte de terceiros seja farta, e não ofereça riscos, no caso da necessidade de afastar um prestador por qualquer motivo ou de ter os preços aumentados e inviabilizar o atendimento da clientela, há preferência por não estabelecer recursos próprios. Nas regiões onde a oferta é menor e há riscos, seja de falha no fornecimento de serviços hospitalares, ou de aumento abusivo de preços dos serviços, as cooperativas buscam estabelecer financiamento dos seus próprios recursos hospitalares, configurando-se como uma alternativa para os clientes Unimed e como prestadores de serviços para outras clientelas.

A importância econômica do Sistema Unimed carrega consigo um dado de contribuição social que merece ser avaliado. Os dados constantes da **tabela 9** foram projetados a partir dos dados de 96, respeitados o volume de crescimento de usuários, de médicos cooperados e de cooperativas singulares e demonstram a capacidade de geração de riqueza por parte do Sistema Unimed em suas diversas cooperativas e na prestação de Serviços de Saúde. Os dados necessitam ser projetados porque há dificuldade em conseguir dados financeiros das cooperativas, já que o modelo de alta descentralização não as obriga ao fornecimento destes às Federações ou à Confederação:

Tabela 9 – Dados Econômico-Sociais do Sistema Unimed Estimados - 2003, Brasil

| Item | Quantidade |
|--|-------------------|
| Empregos Diretos | 18.500 |
| Empregos Indiretos | 291.000 |
| Empresas contratantes | 70.000 |
| Faturamento Anual para o Sistema (R\$) | 2.600.000.000,00 |
| Faturamento Médio Mensal por Cooperativa (R\$) | 619.047,62 |
| Giro Anual (R\$) | 5.600.000.000,00 |

Fonte: Unimed do Brasil – Relatórios Internos pesquisados pelo autor

O que se pode depreender da tabela anterior é que o volume de faturamento e capacidade de geração de empregos diretos e indiretos, além é claro da oferta de trabalho para os médicos cooperados constitui representatividade econômica e social importante e que merece consideração no quadro brasileiro. Além disso o surgimento de empresas de capital a partir da iniciativa das cooperativas também merece análise que será feita por parte da seção seguinte.

4.4. Transformação Conglomerativa

A manutenção de um grande conglomerado cooperativo dedicado ao atendimento da saúde no país acenou com a urgência de se desenvolverem estruturas administrativas, comerciais, operacionais e tecnológicas próprias, com características empresariais e que pudessem representar o apoio necessário, ao desenvolvimento das estruturas cooperativas.

Além disso, vislumbrou-se a possibilidade de realização de negócios para um mercado específico, os próprios médicos cooperados, nessa oportunidade muito numerosos, através de empresas não cooperativas, mas num certo sentido, controladas por essas. Surgiram assim, a Unimed Seguradora, a Unimed Seguros Saúde, a Unimed Corretora de Seguros, a Unimed Administração e Serviços, Unimed Participações entre outras, cada qual com especificidade de atuação, mas com uma característica comum qual seja a de focar a sua atuação na prestação de serviços e na oferta de soluções para as Cooperativas, Federações e Confederação do Sistema Unimed e em última análise aos próprios médicos.

Talvez um dos grandes problemas do Sistema Unimed seja a dificuldade dos médicos em gerir um negócio que foi se transformando ao longo do tempo e ganhando um vulto que não deve ter sido vislumbrado no início das atividades cooperativas na cidade de Santos. O médico por possuir uma formação altamente técnica não detém a expertise necessária para atuar como administrador de negócios.

Assim, as empresas de capital foram sendo criadas no intuito de que as cooperativas e os próprios médicos, grosso modo, donos do negócio não ficassem sozinhos na missão de administrá-lo, mas se cercassem de profissionais de outras áreas do conhecimento, proporcionando com isso maior profissionalização da organização e conseqüentemente embasamento para tomada de decisões.

Esse aspecto de aconselhamento conceitual é bastante forte no Sistema Unimed a ponto de além de fóruns de médicos cooperados que discutem e decidem em nível político, há diversos fóruns formados por técnicos ou especialistas com a missão de avaliar as situações pelo prisma das condições técnicas.

A criação das empresas de capital parece ter se destinado também a melhorar a expertise das cooperativas, através do contato com essas empresas de capital, contato esse viabilizado através de diretores em comum (de empresas de capital e cooperativas dentro do Sistema), do próprio contato dos técnicos e especialistas e da compra de serviços e/ou produtos pelas cooperativas, oferecidos pelas empresas de capital existentes no Sistema Unimed. Esse tipo de “giro” de produtos e serviços objetiva a busca de economia de escala e conseqüente racionalização de custos.

A crescente necessidade de interligar a comunicação e automatizar as cooperativas, hospitais, consultórios fez com que a Unimed, através da Unimed do Brasil, trabalhasse no desenvolvimento de sistemas e alternativas que possibilitassem gerenciar os negócios e proporcionar segurança para a crescente demanda de operações, principalmente de intercâmbio. Sobre a questão do intercâmbio, esse trabalho fará análise específica na seção dedicada à integração sistêmica.

De acordo com Irion (1997- p.302) a partir de 1989 o perfil da Unimed ultrapassou a condição de sistema cooperativo para transformar-se em “Complexo Cooperativo e Empresarial”. Esse complexo deixa de ser formado apenas pelas cooperativas e passa a ter como membros empresas não só sob o controle da Confederação Nacional Unimed (Unimed do Brasil), mas também por empresas regionais, com atividades locais para complementar a ação das cooperativas. São empresas de transporte aeromédico, hospitais, clínicas, gráficas, etc sob controle das cooperativas singulares, das federações ou da confederação.

Ao tratar da transformação conglomerativa parece ficar claro que essa necessidade deu – se principalmente por questões competitivas, concorrenciais; no que pese essa transformação para a organização, a análise concorrencial proposta por Porter (1989) será utilizada como balizador a partir do qual se tentará obter um retrato mais claro das vantagens e desvantagens competitivas da Unimed, bem como da cadeia de valor envolvida no negócio da organização.

Nesse sentido, para suprir as cooperativas em suas necessidades de consumo, seja de medicamentos necessários à operação dos centros de atendimento à saúde, seja de equipamentos necessários ao bom desempenho da atividade médica, foi concretizada em 1994 a idéia das Usimeds, cooperativas de consumo que operam conjuntamente com as cooperativas de trabalho médico e tem por objetivo atuar no ganho de escala para a negociação com fornecedores, dos equipamentos, produtos e serviços já citados.(Irion, 1997)

A Unimed Seguros Saúde ataca um nicho específico de mercado, notadamente dando suporte com planos de seguros-saúde onde a clientela assim o exija, operando, no entanto, através da prestação de serviços da rede de cooperativas de saúde do Sistema. Uma das suas missões e direcionamento é o de trabalhar na complementaridade da cooperativa médica, não oferecendo concorrência à mesma.

A Unimed Seguradora atua no oferecimento de produtos e serviços voltados à minimizar o risco das operações das cooperativas singulares. Como já afirmado anteriormente, as operações em contratos de pré-pagamento oferecem um risco operacional que pode significar, em caso de sinistro e a depender do tamanho da cooperativa que opera o plano, a inviabilidade financeira. Além disso, os médicos, enquanto pessoa física são clientes na negociação para seguros pessoais das mais variadas naturezas.

A Unimed Administração e Serviços é a prestadora de serviços de natureza consultiva para os assuntos de administração contábil e financeira, sistemas de informação, recursos humanos e planejamento estratégico. A Unimed Participações atua como holding do Sistema, oferecendo controle de capital onde as cooperativas não podem atuar por restrições legais ou societárias. Na verdade a Unimed Participações coordena a aplicação dos recursos do Sistema, dentro do próprio Sistema ou mesmo fora dele.

Por fim, para atender ao princípio de Educação Cooperativista que afirma que a cooperativa tem responsabilidade sobre a melhoria da condição social dos cooperados através da educação, a Unimed concluiu em 1995 o projeto de criação do Centro de Estudos Unimed (CEU) com sede no estado de Minas Gerais, entidade que se responsabiliza pelo treinamento dos dirigentes e colaboradores, bem como no apoio educacional e cultural, depósito dos acervos, e também concentra e divulga a produção intelectual do Sistema Unimed (Irion -1997)

Assim, pode-se concluir que o Sistema Unimed se subdivide em algumas vertentes principais, de acordo com a concentração de atividades que cada vertente desenvolve: (Irion – 1997)

- a) A vertente trabalho, formada pelas cooperativas de trabalho médico, as Unimeds, singulares, federações e confederação;
- b) A vertente crédito, formada pelas cooperativas de crédito mútuo, as Unicreds, singulares e centrais;
- c) A vertente consumo, formada pelas cooperativas de consumo, Usimeds das quais só existem singulares;
- d) A vertente empresarial, formada pelas empresas de capital, entre elas a Unimed Participações, a Unimed Seguradora, a Unimed Seguros Saúde, a Unimed Corretora de Seguros, a Unimed Administração e Serviços.
- e) A vertente institucional, formada pela Fundação Centro de Estudos Unimed (Fundação CEU) e mais recentemente pela Universidade Unimed.

Como se pode verificar, o crescimento do Sistema em números, desde a fundação da Unimed Santos até as atuais 350 cooperativas, sua organização vertical em singulares, federações e confederação e também o seu crescimento horizontal, diversificando atuação e mercados, acabaram por dotá-lo de uma característica bastante particular, o de conglomerado.

Quando se fala de conglomerado deve-se ter em mente a grande possibilidade da organização em atuar no seu mercado alvo, mas também as possibilidades que realizou no decorrer do seu desenvolvimento de estender braços para os mercados próximos, gerando sempre mais oportunidades de negócios.

Ao abordar o Sistema Unimed enquanto conglomerado deve-se analisar tanto o seu crescimento, seja em número de clientes, em número de cooperativas, em capilaridade da rede, em número de médicos operando no sistema, quanto em seu crescimento diversificado nos ramos crédito, consumo, seguros, participações, consultoria, estrutura essa que possibilitou o surgimento de toda essa gama de produtos e serviços e que faz girar algo em torno de 5,6 bilhões de reais por ano.

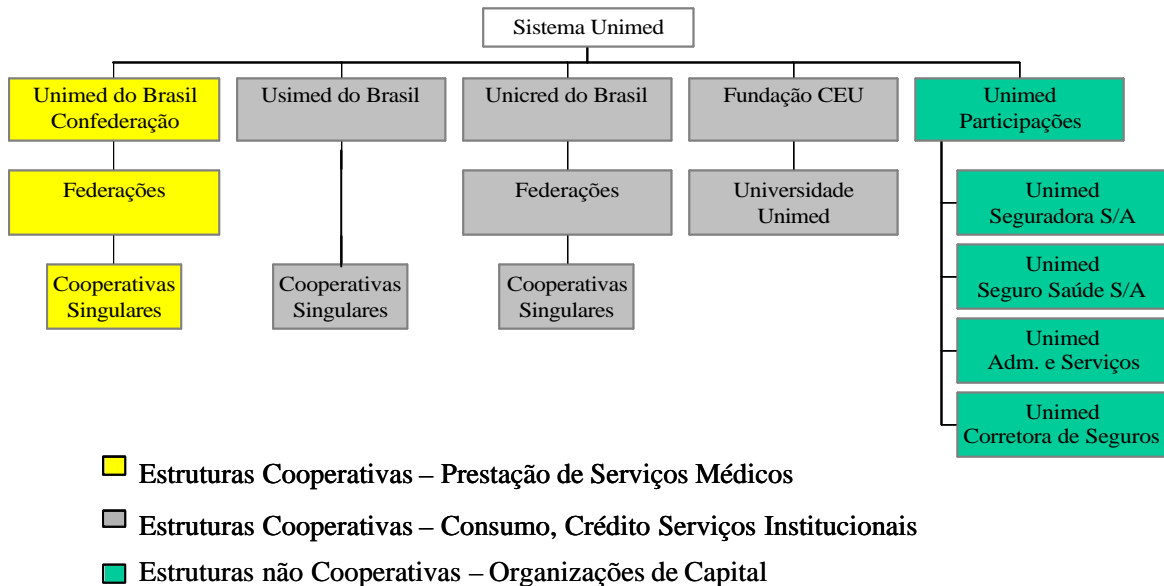
É possível que se verifique de maneira esquemática o crescimento da organização em três grandes frentes.

a) O crescimento vertical das estruturas cooperativas que deram origem as federações e posteriormente à confederação e que serviram como orientadores no processo de hierarquização política, notadamente no controle associativo e de utilização da marca.

b) O crescimento horizontal das estruturas cooperativas, que deram origem a organismos análogos, como a Unicred e a Usimed, criados para coordenar os aspectos negociais voltados ao crédito cooperativo, ao consumo cooperativo e a educação cooperativista.

c) O crescimento diversificado, com organizações não cooperativas, de capital, funcionando como alternativa ao negócio e de investimentos, das próprias cooperativas, bem como gerador de possibilidades de carreira empresarial para sócios cooperados, os médicos.

Figura 3 – Estrutura Conglomerativa do Sistema Unimed



Fonte: Adaptado de Irion (1997, p.306)

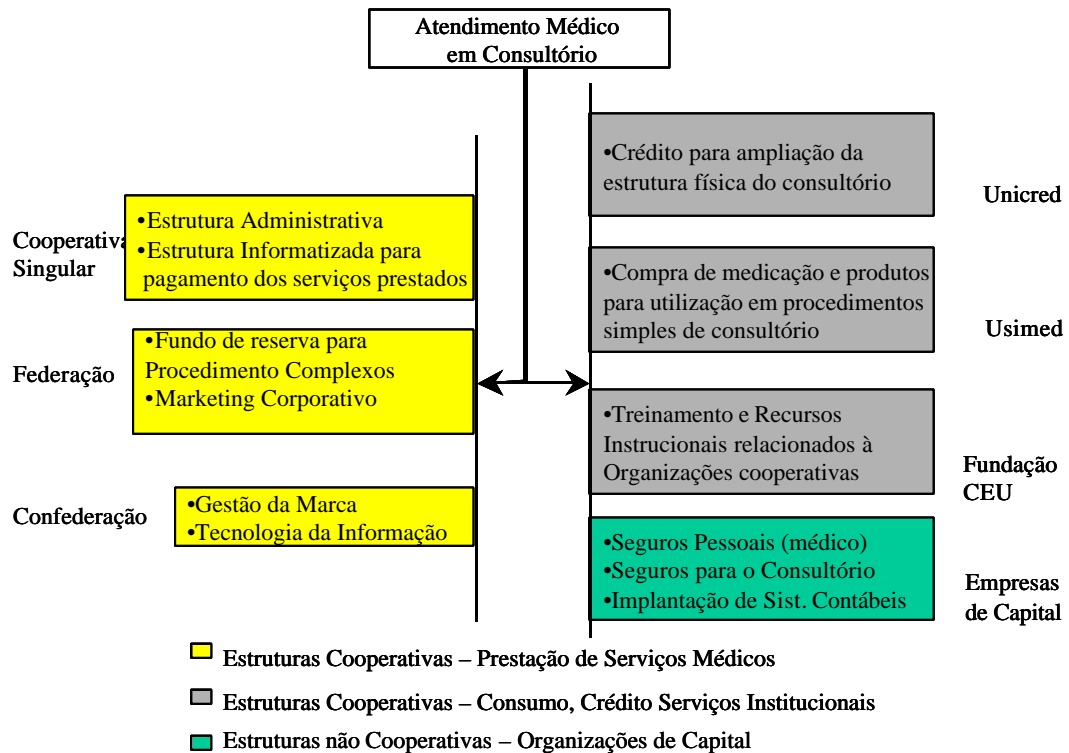
4.5. Análise da Cadeia de Valor do Sistema Unimed

O que se consegue depreender da Estrutura Conglomerativa do Sistema Unimed e utilizando-se o conceito de Porter (1989) sobre Cadeia de valor é que a organização no decorrer do seu desenvolvimento foi descobrindo formas para executar as suas atividades para conseguir vantagem competitiva em diversos ambientes na mesma indústria.

Para que se tenha uma noção mais clara a respeito da cadeia de valor será esquematizada através da **figura 4** a operação específica de atendimento à saúde, prestada por um médico cooperado, no âmbito de seu consultório e os diversos contornos que se desenham.

A cadeia de valor se forma no sentido de manter, de sustentar o produto/serviço específico qual seja a prestação de serviços médicos, que em suma, se traduz como produto final oferecido pelo Sistema Unimed.

Figura 4: Exemplos da distribuição das atividades pela Estrutura do Sistema Unimed.



Adaptado de Irion (1997- p.306)

Como se pode verificar, a cadeia de valor se constrói a partir de um ente específico, que é o médico cooperado e é a partir dele e do serviço prestado por ele, que a organização desenvolve também a sua característica conglomerativa.

Na verdade, a cadeia de valor não se desenvolve apenas no âmbito da cooperativa enquanto organização singular, mas também no âmbito do Sistema, quer seja a análise feita no sentido vertical e hierarquizado das estruturas cooperativas, quer seja feita no sentido horizontal das estruturas cooperativas diversificadas, que prestam serviços complementares ou ainda no sentido horizontal das estruturas não cooperativas, mas de capital, tendo sempre como foco de atenção o médico cooperado. Uma análise mais cuidadosa da cadeia de valor será efetuada na seção seguinte, onde detalhes importantes do Sistema Unimed serão apresentados, tendo como base, os conceitos propostos por Porter (1989).

De acordo com Porter (1989) toda empresa reúne diversas atividades como projeto, produção e comercialização, que buscam dar sustentação aos seus produtos e serviços frente ao mercado demandante. Na verdade, a forma de execução dessas atividades de sustentação é bastante diferente de empresa para empresa e é justamente essa diferenciação que compõe o modelo estratégico da organização frente aos concorrentes e pode significar a fonte básica da vantagem competitiva dentro do seu mercado de atuação.

Para a análise do Sistema Unimed é imprescindível que se conheça os principais pontos que compõem a cadeia de valor, de acordo com o modelo proposto por Porter (1989); a proposição feita por Porter (1989) é de que a cadeia de valor é composta por:

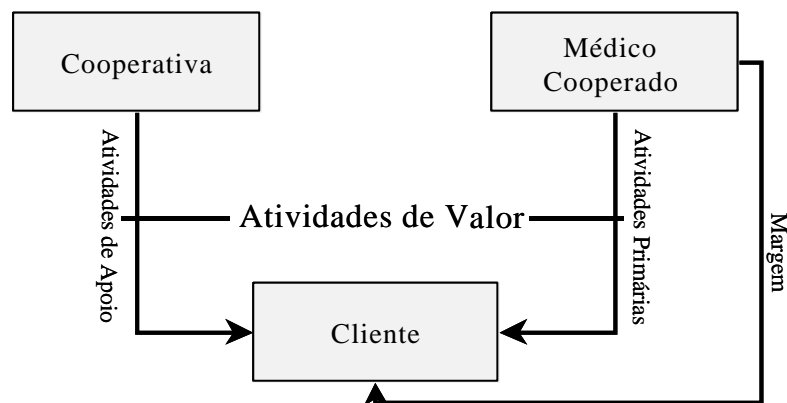
- ✓ atividades de valor - ações feitas pela organização para seus clientes e que são percebidas como valiosas por estes;
- ✓ margem que é a diferença entre o custo efetivo dessa ação e o preço cobrado do cliente pela organização.

No caso específico da Unimed, vê-se tanto na margem como nas atividades de valor a presença do médico. Ao disponibilizar aos seus clientes os planos de saúde em pré-pagamento a cooperativa coloca, na linha de frente o serviço a ser prestado pelo médico em seu consultório, que via de regra é o local onde se presta o atendimento, sendo responsabilidade do médico e do tipo de atendimento que vai prestar, a responsabilidade em criar valor percebido para o cliente. Se o cliente sentir-se bem atendido, sentir-se seguro com o diagnóstico e o tratamento recomendado pelo médico e conseguir resolutividade com esse atendimento, a atividade de valor estará criada.

Da mesma forma, a figura do médico estará presente na composição da margem, uma vez que, sendo sujeito da atividade de valor, também é o receptor dos valores monetários dessa atividade. Obviamente a cooperativa atua como fomentador de volume, de demanda para esse profissional e nesse sentido o seu relacionamento com a cooperativa se aprofunda e fica cada vez mais próximo.

Na verdade passa a existir um ciclo onde o médico cooperado providencia em sentido amplo um bom atendimento; a clientela bem atendida pode oferecer demanda procurando os serviços desses profissionais que estão sob o guarda-chuvas de uma marca específica (no caso a Unimed) e a cooperativa trata de divulgar a marca e administrar a utilização, além de se responsabilizar pelas atividades de apoio que estão implicadas na prestação dos serviços médicos. Sobre esse ciclo, pode-se utilizar a definição gráfica que está proposta a seguir:

Figura 5: Ciclo da Atividade de Valor e Margem no Sistema Unimed



Fonte: Elaborado pelo autor

Utilizando-se ainda a definição de Porter (1989) observa-se que a Cadeia de Valor é na verdade o conjunto de atividades sejam elas primárias ou de apoio, que podem representar valor para o cliente ou tomador do produto ou serviço. O que se observa é que quanto mais representativa for a atividade, ou seja, quanto mais o cliente esteja disposto a pagar por determinada atividade, tanto mais valor estará agregado àquela atividade na cadeia. Assim, é importante verificar as principais atividades da cadeia de valor do cliente de uma cooperativa médica no mercado de prestação de serviços de saúde suplementar, demonstrados na figura abaixo:

Figura 6 - Infra Estrutura da Cooperativa Médica Unimed e Atividades da Cadeia de Valor

| | | | | |
|-----------------------|--|---|--|---|
| Recursos Humanos | Recrutamento de Profissionais empregados | Treinamento de empregados e médicos cooperados | Administração de Remuneração e Benefícios a empregados | I n f r a E s t r u t u r a d a O r g a n i z a ç ã o |
| Tecnologia | Sistemas Informatizados para leitura de cartões de clientes | Tecnologia Médica colocada à disposição dos Clientes | Literatura Técnica à disposição dos cooperados | |
| Aquisição/Suprimentos | Compra de Materiais de Escritório para desenvolvimento de serviços | Serviços de agências de publicidade e propaganda | Aquisição de material hospitalar, para utilização em recursos próprios | |
| Logística Interna | Manuseio de material interno e distribuição para força de vendas | Emissão de Contratos para clientes | Emissão de Faturamento | |
| Operações | Atendimento da clientela e orientação quanto aos recursos | Atendimento Médico em Consultório, Hospital ou laboratório de análises Clínicas | Retorno médico e trabalho de acompanhamento de resolutividade | |
| Logística Externa | Cadastro de clientes | Acompanhamento e arquivamento de contratos | Distribuição de boletos a clientes para pagamento | |
| Marketing /Vendas | Pesquisa de mercado para auxílio à força de vendas | Publicidade e promoções | Força de Vendas | |
| Serviços | Acompanhamento pós Venda | Acompanhamento de índices de Sinistralidade | Serviços de ouvidoria médica | |

Adaptado de Porter (1989, pag. 43)

Conforme se pode observar, algumas das atividades da cadeia estão ligadas mais diretamente a ação individual dos médicos cooperados na sua prestação de serviços aos clientes.

Se forem verificados os campos que estão achurados na *figura 6*, serão identificadas atividades que estão ligadas ao trabalho do médico como a tecnologia e o conhecimento que o mesmo coloca à disposição dos clientes, o próprio atendimento que faz em seu consultório ou num hospital da rede da cooperativa e em nome desta bem como o “*retorno*”, do qual o paciente geralmente se utiliza como recurso de acompanhamento de evolução do caso, além dos serviços de ouvidoria médica, onde o médico se dispõe a ouvir eventuais queixas ou elogios sobre o atendimento dado pelos médicos da cooperativa.

Consegue-se verificar que a percepção de valor do cliente poderá estar muito ligada a essas atividades específicas do corpo de médicos e, portanto o diferencial competitivo frente aos concorrentes poderá depender desse quesito.

Mas não somente da atuação do médico é que se estabelece a cadeia de valor para o cliente. Ao que tudo indica, há alguns pontos fundamentais que devem ser considerados nessa análise: o primeiro diz respeito à capilaridade e o segundo à própria imagem da marca Unimed, que tem inclusive ganho alguns prêmios relacionados à lembrança da marca pelo consumidor.

Assim, quando se fala de capilaridade, para os clientes de grandes cooperativas, nas grandes cidades com muitos e complexos recursos, o aceno é que em caso de uma urgência médica o mesmo poderá ser atendido em qualquer localidade do Brasil, já que quase 75% dos municípios são cobertos pelo Sistema Unimed, enquanto que para os clientes das pequenas cooperativas o aceno é que em caso de necessidade de tratamento mais complexo o mesmo poderá ser feito por uma cooperativa com mais recursos ou maior porte, fora da região geográfica.

O que se verifica na questão da capilaridade é que a Unimed foi estabelecendo, a partir de uma primeira cooperativa, a de Santos, uma rede de novas cooperativas independentes administrativamente, com alto grau de autonomia, mas que mantiveram a marca como elo de ligação no desenvolvimento dos negócios e na conquista do espaço concorrencial no mercado.

Assim, a capilaridade se tornou um diferencial competitivo á medida em que, respondendo pelo atendimento médico regionalmente, a cooperativa conseguia transmitir a confiabilidade da marca que já se estabelecera. A capilaridade coloca à disposição do consumidor, não os recursos da cooperativa local da qual ele é cliente, mas os recursos de todo o sistema de cooperativas, os recursos da marca Unimed e isso interfere na sua decisão de compra.

Nessa mesma linha, ao analisar-se a marca Unimed, deixa de estar em jogo apenas o conjunto de recursos colocados à disposição do cliente pela cooperativa prestadora do serviço médico, passando a estar em jogo também a experiência acumulada em todos os anos de prestação desse serviço. De acordo com Aecker e Joachimsthaler (2000) a construção da marca não depende apenas da sua possibilidade de gerar vendas, mas também da geração de ativos que resultem em lucratividade a longo prazo. Na verdade, no caso da Unimed as primeiras cooperativas atuaram como divulgador de uma nova marca, através das vendas de planos de saúde enquanto que os avanços tecnológicos, quer sejam esses avanços resultado da pesquisa médica e, portanto à disposição nos consultórios, quer sejam resultado, por exemplo, de aquisição de sistemas informatizados para marcação de consultas, os mesmos serão encarados como construtores de ativos no decorrer do tempo e portanto valorizadores de marca e criadores de valor para o cliente.

Para Aecker e Joachimsthaler (2000) o valor de uma marca é definido como ativo ou passivo ligado ao nome e ao símbolo da mesma marca, que pode adicionar ou subtrair valor ao produto ou serviço prestado pela organização. O valor da marca está ligado a quatro dimensões básicas que são Conscientização de Marca, Qualidade Percebida, Associações de Marca e Fidelidade à Marca.

No caso da Unimed, a dimensão da Conscientização aconteceu basicamente a partir do aumento significativo do número de cooperativas tornando a marca cada vez mais familiar e afetando positivamente a percepção dos clientes enquanto que a dimensão “qualidade” estria mais voltada às ações locais das cooperativas, gerando por consequência fidelidade local.

O que se pode supor é que o tempo de atuação no mercado de prestação de serviços de saúde, sem alterações significativas de nome ou simbologia de marca, tenha também contribuído para construção da marca Unimed.

Porter (1989, p.49) afirma que [...] *“o escopo competitivo pode ter um efeito poderoso sobre a vantagem competitiva, pois traça a configuração e a economia da cadeia de valores”*[...]. Quando se utiliza a definição de Porter (1989) de escopo competitivo consegue-se perceber com mais detalhes como a Unimed vem atuando nessa questão e como a grande autonomia, característica dos sistemas cooperativos, pode prejudicar a coordenação integrada das ações da Unimed no mercado. Para Porter (1989) são quatro as dimensões do escopo competitivo, a saber, Escopo de Segmento, Escopo Vertical, Escopo Geográfico e Escopo da Indústria, os quais serão utilizados para análise mais detalhada da competitividade do Sistema Unimed:

✓ **Escopo de Segmento** diz respeito à variedade de produtos e/ou serviços colocados à disposição e à amplitude de compradores que são atendidos pelos mesmos. Nesse sentido, a autonomia das cooperativas singulares em definir produtos e preços, sem interferência da Confederação faz com que o escopo de segmento seja amplo na maioria do Sistema. A confederação atua no sentido de oferecer orientação relativa à política de preços e desenho de produtos, mas as singulares têm absoluta autonomia para colocar produtos e serviços no seu mercado local. Esse escopo amplo poderá ser prejudicado pela interferência de um agente externo, a ANS que a partir de sua criação vem atuando de forma mais fiscalizadora principalmente no tocante ao cumprimento do que determina a regulamentação, seja para aspectos relacionados à cobertura, seja para aspectos relacionados a preço, notadamente nos contratos de pessoa física.

✓ **Escopo Vertical** diz respeito às atividades que a organização desenvolve internamente sem necessitar da prestação de serviços por terceiros, o que ao menos em tese, geraria maior necessidade de desembolso financeiro. Nesse sentido deve-se avaliar a questão por alguns ângulos distintos:

a) **O ângulo do atendimento médico em consultório** – que remete ao fato de, que se tratando de planos em pré-pagamento sem possibilidade de livre escolha e com oferta de rede credenciada, o atendimento é feito por médicos cooperados e portanto, sócios da cooperativa o que implica dizer que é praticamente nula a necessidade de prestação de serviços fora do âmbito da cooperativa.

b) **O ângulo dos serviços de diagnóstico** – que remete ao fato de, que se tratando de serviços de alta especificidade, os mesmos não estão à disposição no âmbito das cooperativas e portanto devem ser contratados podendo, a depender da negociação, aumentar os custos da cadeia.

c) **O ângulo dos serviços hospitalares** – sobre esse assunto especificamente, há uma discussão dentro do Sistema Unimed sobre se as cooperativas devem ou não possuir hospitais próprios. Na verdade as cooperativas que estão situadas nas capitais e grandes cidades e por conseguinte possuem e podem oferecer como moeda de troca uma demanda grande, observada pelo número de vidas que compõem seus contratos, preferem atuar de maneira a não fixar custos em hospitais próprios e focam suas energias em administrar os seus contratos com hospitais totalmente terceirizados, cuidando apenas dos aspectos relacionados ao atendimento dos seus clientes. Por outro lado, as cooperativas menores e que estão situadas nas cidades menores, notadamente do interior do Brasil, quando possível estabelecem a participação ou mesmo a posse de um recurso hospitalar próprio, a fim de não necessitar, em caso de sinistro, dos serviços de outra cooperativa com mais recursos que cobrará pelos serviços prestados, através do intercâmbio. Além disso, a manutenção dos recursos hospitalares próprios parece atender a necessidade de haver demanda de trabalho para o médico cooperado.

Nesse sentido, as cooperativas localizadas no interior, onde há menos volume de trabalho para o médico, o hospital da Unimed se transforma numa possibilidade a mais onde o profissional médico compõe o seu orçamento, bem como o faz atuar numa amplitude maior que a do próprio consultório.

✓ **Escopo Geográfico** diz respeito aos locais onde a organização concorre através de uma estratégia coordenada. A amplitude do escopo se dá quanto maior for a abrangência territorial da sua possibilidade de concorrência e quanto mais integradas forem as ações para reduzir os custos de operação. Nesse sentido, o Sistema Unimed conseguiu ampliar bastante o seu escopo geográfico uma vez que as cooperativas singulares, responsáveis pelo atendimento médico, cobrem praticamente 75% dos municípios brasileiros.

O que parece é que não houve nessa ampliação, uma coordenação estratégica, já que a legislação cooperativista prevê liberdade para formação de novas cooperativas e o Sistema Unimed a fim de aumentar o seu corpo de prestadores de serviços não tomou medidas de controle de criação das mesmas. Esse fenômeno acabou propiciando o surgimento de muitas cooperativas pequenas para atendimento apenas local que não possuem capacidade para atendimentos complexos estando atualmente com dificuldades de viabilidade apesar de possuírem clientela na região onde operam.

Os contratos em pré-pagamento para pessoas físicas está sendo fiscalizado de muito perto pela ANS que tem atuado como regulador, impedindo a livre negociação e fixando parâmetros para preços e coberturas que muitas vezes as cooperativas menores tem dificuldades operacionais e financeiras em cumprir.

Para conseguir estabelecer ganhos de escala, no entanto, a formação de empresas de capital que dessem suporte às atividades das cooperativas no sentido de minimizar custos e conseguir realizar investimento de maneira coletiva se tornou uma realidade no Sistema Unimed, bem como o atendimento da massa de clientes pelas diversas cooperativas espalhadas pelo país através do regime de intercâmbio.

✓ **Escopo da Indústria** diz respeito aos mercados afins em que a empresa compete com uma estratégia coordenada. Sobre esse aspecto há que se ressaltar que o Sistema Unimed desenvolveu a sua atuação a partir de um momento histórico em que os serviços de saúde começaram a ser empresariados no Brasil. A proposta de prestação de serviços de saúde suplementar partiu de um grupo de médicos ligados ao sindicato da categoria mobilizou energias para proporcionar atendimento médico e trabalho aos profissionais médicos, procurando afastar a possibilidade de deixarem de ser profissionais liberais e virem a empregar-se em empresas de medicina de grupo. Assim, o modelo cooperativista de constituição empresarial pareceu naquele momento o mais adequado. No entanto com o crescimento do Sistema Unimed e a necessidade da utilização de outros serviços ligados à prestação de serviços médicos ou mesmo à administração das cooperativas foram sendo necessários.

Nesse sentido surgiram organizações voltadas ao crédito, organizações no ramo de seguros, corretoras, “holdings” para administração de participações, organizações de cunho institucional, organizações de administração e serviços consultivos entre outras, de características cooperativas ou não.

Sem dúvida esses mercados são diversos dos mercados de saúde, o que daria ao Sistema Unimed uma amplitude grande no escopo da indústria. Porém, o fato de atuar de maneira focada para dentro do Sistema, no intuito de favorecer a operação das cooperativas, pode ser um indicador de que a amplitude do escopo seja pequena já que as organizações geradas a partir do sistema de cooperativas, estão invariavelmente ligadas às mesmas e conseqüentemente a indústria da saúde.

4.6. Produtos e Serviços

De acordo com Pinho (1986) quanto mais especializados são os serviços prestados pelas cooperativas de trabalho, mais oportunidades terá a organização, de atingir bons resultados financeiros. Assim, torna-se importante ressaltar a grande complexidade dos serviços médicos que são oferecidos pelas cooperativas Unimed.

A atividade médica seja na diagnose ou na terapêutica requer um acentuado número de profissionais das mais diversas especialidades, a fim de que possa oferecer o mais amplo espectro de serviços de natureza médica.

As organizações de prestação de serviços de saúde são complexos organismos que requerem algumas exigências importantes; sobre a criação dessas organizações Robert Heysel, apud Kotler (1978) resumiu essas principais exigências:

✓ *“Deve existir um pagamento prévio a fim de remover a barreira de pagamento de consulta na época do serviço; - para essa exigência o Sistema Unimed, respondeu através da implementação de planos em regime de pré-pagamento, resolvendo, por conseguinte, assumir a administração dos riscos oferecidos pela demanda;*

✓ *“Deve existir um conceito de prática de grupo. O próprio corpo médico deverá ter um relacionamento contratual com a organização, de pagamento antecipado, ser autônomo e auto-governado (não empregado pelos hospitais) e pago uniformemente. Todos os membros do corpo médico precisam trabalhar em horário integral”- o Sistema Unimed conseguiu responder à essa exigência, através da auto governabilidade do sistema, característico pela sua autonomia. O modelo de pagamento dos médicos é semelhante em todo o Sistema e é estimulada a prática da medicina de consultório e a participação nas decisões da cooperativa local como prática de grupo.*

✓ *“Uma organização hospitalar é vital. Deverá haver um único registro médico tanto do paciente assistido no hospital como fora dele, com dados unificados dos serviços de laboratório, compras, contabilidade e administração dos pacientes internos e externos”.- A essa exigência há certa dificuldade de cumprimento, na medida em que a grande capilaridade dificulta o registro único, notadamente dos pacientes que sejam atendidos em trânsito, através do regime de intercâmbio. Existe ainda certa dificuldade em obter unanimidade quanto a possuir ou não recursos hospitalares próprios. Muitas cooperativas não detém condições financeiras de construir ou adquirir hospitais e portanto servem-se do serviços de terceiros; assim o registro único se vê muito dificultado, problema aliás que afeta também os serviços de saúde públicos no Brasil.*

✓ *“Deverá haver uma associação voluntária e a oferta de uma escolha com duas alternativas. O membro em potencial deverá ter uma escolha entre pagamento prévio da prática do grupo ou uma programa de indenização que comumente paga numa base de honorários por serviços prestados”*- Assim como no caso da primeira exigência descrita, a essa exigência o Sistema Unimed respondeu, mantendo alguns produtos que não são custeados pelo modelo de pré-pagamento, mas sim através do modelo que se conhece por custo operacional. O custo operacional é o pagamento que é feito na medida em que o serviço é prestado e somente na ocorrência deste. O fato de manter esse modelo para alguns produtos oferece alternativa para grupos de clientes em situação de compra particular.

Muitas vezes, ao contrário de outros tipos de serviço, onde o foco em determinado aspecto pode trazer resultados expressivos ao negócio, para a cooperativa de trabalho médico, quanto mais amplo for o espectro de possibilidades, maiores são as chances de um bom desempenho. Note-se que os tomadores de serviços quer sejam pessoas individuais, grupos familiares ou empresas com seu grupo de funcionários, desejam e necessitam o maior número de coberturas que o serviço médico possa oferecer, pois à medida que essa prestação seja necessária poderão utilizá-la, desde o simples ao altamente complexo e sofisticado. A necessidade de escolher um modelo de atendimento que pudesse atender a tão ampla demanda deveria levar em consideração dois aspectos importantes:

- a) A cooperativa deveria poder oferecer os serviços médicos mais procurados, independentemente da sua especialidade e complexidade, no intuito de manter satisfeitos os clientes e atendida a demanda;
- b) Os serviços oferecidos deveriam ter seus altos custos pagos pelo grupo de clientes, independentemente de quando e quantas vezes a utilização fosse necessária.

A resposta ao primeiro aspecto foi dada à medida que a cooperativa, congregando médicos de diversas especialidades e coordenando através deles seus atendimentos, pôde cobrir automaticamente as necessidades dos clientes sendo, não raras vezes, necessário o aumento do volume de demanda, a fim de que todos os médicos cooperados, das diversas especialidades, pudessem ter oferta de trabalho.

A resposta ao segundo aspecto, foi dada quando a organização não limitou as suas operações aos atendimentos por custo operacional, modalidade mais comum às cooperativas de trabalho convencional. Por esse modelo, as necessidades dos pacientes seriam atendidas e a cooperativa receberia os honorários médicos pelos serviços prestados. Ao contrário, resolveu trabalhar com Planos de Pré Pagamento, modelo no qual os usuários contribuem com uma quantia fixa por mês e a cooperativa assume todo o custeio e o risco da demanda necessária à manutenção da saúde da clientela. (Irion, 1997)

O desenvolvimento do Sistema Unimed pode ser verificado quando analisa-se no quesito produtos e serviços as dimensões de utilização da clientela do sistema. Para que se tenha uma noção mais exata, a utilização está traduzida em números pela **tabela 10** que demonstra as internações, consultas e exames complementares, anualizando e agrupando os dados numéricos:

Tabela 10 – Índice de Utilização dos Serviços colocados à disposição dos usuários pelo Sistema Unimed – 2003, Brasil

| Item | Quantidade |
|---|------------|
| Internações anuais | 1.333.000 |
| Consultas anuais | 46.229.000 |
| Exames complementares Anuais | 83.615.000 |
| Consultas/Usuário/Ano (média) | 4,04 |
| Internações/1000 usuários/Ano (Média) | 117 |
| Exames Complementares/ Usuários/Ano (Média) | 7,31 |

Fonte: Unimed do Brasil – Relatórios Internos pesquisados pelo autor

A maioria dos serviços de saúde suplementar oferecidos pelo Sistema Unimed atende a uma modalidade de contratos em pré-pagamento, muito comuns às empresas de medicina de grupo, outro importante agente do cenário da indústria de saúde suplementar.

De acordo com Médici apud Piola e Vianna (2002) o pré-pagamento se desenha como um mecanismo onde o usuário do serviço de saúde paga um valor fixo que é calculado de maneira atuarial, para que possa ter direito a usufruir um leque de serviços. Esse modelo pode ser beneficiado por ações prevencionistas da parte do prestador de serviços, na tentativa de minimizar riscos futuros com procedimentos de alta complexidade, o que além de minimizar custos com procedimentos curativos, pode melhorar a qualidade de vida dos usuários e criar um círculo virtuoso. O fato é que, mesmo agindo de forma prevencionista o prestador pode ter, no longo prazo, os custos aumentados em virtude das enfermidades decorrentes do aumento da esperança de sobrevida e por conseqüência do maior tempo de utilização dos serviços.

Muitas vezes as cooperativas de menor porte, componentes do Sistema Unimed, têm sido surpreendidas com a ocorrência de determinadas enfermidades nos seus clientes que acabam causando maiores despesas em virtude de aspectos específicos como maior tempo de internação em UTI, necessidades de cirurgias ou procedimentos mais complexos, necessidades de alocação de equipamentos ou leitos especiais para atendimento médico específico. De fato as cooperativas de menor porte, com capital de giro menor tem dificuldades em operacionalizar esses procedimentos por sua conta e necessitam do envolvimento de cooperativas maiores e de maior disponibilidade de recursos financeiros, que possam custear tais despesas. Uma forma estratégica que o Sistema Unimed encontrou para conseguir enfrentar essa problemática foi a criação de alguns fundos, administrados pela Confederação Nacional ou mesmo pelas Federações Estaduais. Esses fundos são formados através do pagamento de uma quantia fixa por usuário.

Assim, as cooperativas maiores, que possuem mais usuários pagam mais, enquanto as menores que possuem menos usuários pagam menos, mas todas podem se utilizar do fundo em caso de necessidade específica.

Abordando ainda a questão de produtos e serviços, as cooperativas singulares são autônomas para criação de produtos que atendam a uma demanda, por exemplo. A Confederação não atua como órgão fiscalizador, mas apenas se posiciona de modo a orientar as cooperativas, para que os produtos lançados não ameacem a viabilidade financeira da cooperativa, bem como não contraponham nenhuma determinação legal, notadamente as impostas pela ANS.

Dessa forma, há um Plano Padrão que sofre alterações de acordo com a qualidade da demanda regional para somente depois ser comercializado.

Os produtos e serviços estão intimamente ligados aos médicos cooperados, que no Sistema Unimed são os grandes prestadores e também à questão das despesas operacionais, cuja otimização pode ter grande significado para a gestão dos custos e conseqüentemente do aumento da competitividade.

A abordagem realizada diz respeito à aspectos ligados à despesas operacionais do Sistema Unimed, notadamente as relacionadas às ações de resolutividade nos serviços de saúde que teriam, ao menos em tese, um impacto imediato sobre os custos das cooperativas.

É necessário que se analise, com cuidado, aspectos globais relacionados a todo o sistema e aspectos particulares, relacionados às cooperativas, prestadoras de serviços locais. Tomando-se como ponto de partida a prestação de serviços de saúde, o que se pode verificar é que ele está intimamente ligado a **quatro ações** imprescindíveis à resolutividade do problema de saúde, que é em suma, o motivo pelo qual o cliente/usuário procura e utiliza o serviço:

a) **O serviço de diagnóstico preliminar:** corresponde ao primeiro atendimento recebido pelo paciente que procura o atendimento médico, pode ser dado numa estrutura de pronto socorro (em caso de urgências e emergências médicas) ou no consultório médico, através da consulta propriamente dita. Nesse momento a interação entre o paciente e o médico parece responder em grande parte pela possibilidade do futuro tratamento ser bem ou mal sucedido;

b) **O serviço de diagnóstico complementar:** corresponde a segunda etapa do processo de atendimento e está relacionado ao serviço de exames complementares, necessários como apoio ao serviço do médico e utilizados no fechamento seguro do diagnóstico;

c) **O serviço de terapêutica:** corresponde ao tratamento em si e deve ser conduzido e acompanhado pelo médico. Pode ser feito através da prescrição de medicação ou de outro tipo de tratamento, dependendo do caso; podem ser requeridos procedimentos bastante específicos como cirurgias, internações hospitalares etc...

d) **O serviço de acompanhamento:** corresponde à verificação, por parte do médico, da resposta do paciente ao tratamento prescrito. Nessa fase o médico verifica a relação entre a expectativa do tratamento e o estado do paciente.

Resta, no entanto, analisar a relação entre as ações imprescindíveis à resolutividade no atendimento de saúde e os custos decorrentes dessas ações, a partir do modelo utilizado no Sistema Unimed.

a) O serviço de diagnóstico preliminar: é prestado pelo próprio médico cooperado, exceto nos casos de urgência ou emergência dos pacientes que são atendidos fora dos hospitais próprios. Esse tipo de atendimento, na sua maioria realizado pelo médico cooperado tenderia a ter um custo menor com uma qualidade diferenciada. Não há, no caso das Unimeds, a necessidade de estabelecer centros ambulatoriais, pois cada médico atende em seu próprio consultório aos clientes da cooperativa. A cooperativa, através do seu esforço de vendas, se encarrega de oferecer a demanda necessária ao médico, o que é importante para a manutenção do baixo custo.

b) O serviço de diagnóstico complementar: dependendo da região em que estiver instalada a cooperativa Unimed, os serviços de diagnóstico podem ou não ser um ponto negativo para a liderança nos custos. Pode-se lançar mão dos atendimentos com recursos próprios ou mesmo através de negociações que privilegiem os clientes Unimed, oferecendo demanda em troca de baixo custo.

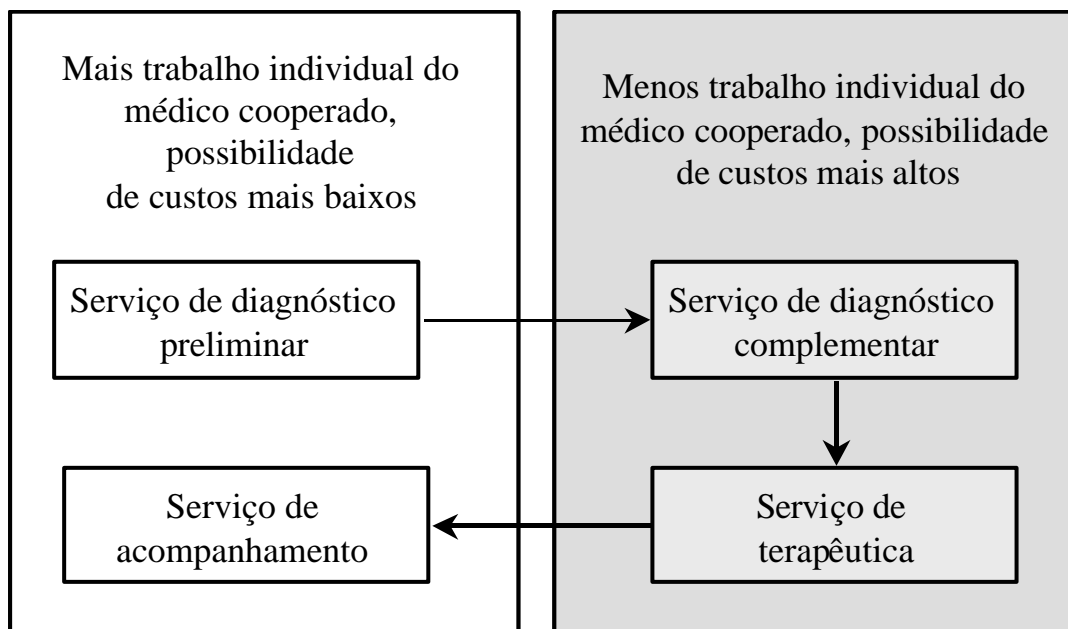
c) O serviço de terapêutica: aqui talvez esteja um possível problema para as cooperativas. Não há consenso dentro do próprio Sistema sobre manter ou não manter serviços hospitalares próprios. Quando a terapêutica se resolve através de tratamento hospitalar muitas vezes os custos dos prestadores de serviços nessa área acabam por prejudicar os resultados das cooperativas e, por conseguinte da remuneração dos médicos. Quando os serviços hospitalares são prestados por hospitais próprios, há a possibilidade de custos mais baixos em virtude de serem prestados por médicos cooperados e também porque a cooperativa já fez os investimentos necessários na estrutura. O dilema, no entanto, é o seguinte: nos grandes centros, onde estão as maiores cooperativas, com maior poder de investimento, não se verifica a necessidade de hospitais próprios porque há facilidade de negociar com prestadores.

Nas regiões mais interioranas do país há dificuldade de recursos e de negociação e, portanto, seria interessante a manutenção de estruturas próprias; nessas regiões no entanto, estão as cooperativas menores, com menor poder de investimento, sem condições, ao menos em tese, de montar e manter hospitais próprios;

d) O serviço de acompanhamento: assim como o primeiro atendimento, o serviço de acompanhamento, por ser prestado por um médico cooperado, pode ser positivo para a balança de custos das cooperativas. O acompanhamento da resolutividade do caso pode ser um diferencial de custos, na medida em que evita que o mesmo paciente necessite do serviço médico em decorrência da mesma enfermidade, o que aumentaria o índice de sinistralidade e por conseqüência os custos.

Assim, consegue-se perceber que das quatro ações imprescindíveis à prestação do serviço médico, duas delas devem significar liderança de custos e as outras duas estão ligadas ao poder de negociação das cooperativas ou à disponibilidade de recursos próprios, conforme demonstra a **figura 7**, abaixo:

Figura 7 – Distribuição dos Custos nos Serviços de Atendimento Médico no Sistema Unimed



Fonte: Elaborador pelo autor

A partir da análise empreendida, conclui-se que o Sistema Unimed aumenta a sua competitividade, em função do aumento da resolutividade, todas as vezes que o usuário utiliza em maior escala o serviço do médico cooperado. Para estes serviços o Sistema Unimed já definiu modelos de pagamento e consegue manter essa variável sob controle.

Para os serviços em que o usuário necessita utilizar estruturas que não estão sob o controle das cooperativas há maior dificuldade em controlar preços e conseqüentemente custos. A variável fica dependente em grande parte do poder de negociação da cooperativa em particular e estará irremediavelmente subordinada à oferta de demanda ao prestador do serviço.

Portanto, a tônica é que, principalmente as menores cooperativas do Sistema Unimed, que não podem oferecer grande número de usuários aos prestadores e portanto tem maior dificuldade de negociar preços, criem centros de resolutividade, com alta utilização de recursos próprios, na tentativa de minimizar custos e tornarem-se mais competitivas.

4.7.Elementos de Coordenação

A opção inicial da Unimed pelo modelo cooperativista, e uma preocupação com o que se chama de integração social, ou seja, o crescimento (em volume/número) e o envolvimento do quadro de associados nos negócios da organização parece estar ligado às incertezas sobre os riscos que inicialmente o negócio apresentou.

Sair de uma orientação profissional absolutamente técnica para assumir um posicionamento administrativo e comercial, bem como a escolha de atuar com Planos em Pré-Pagamento ofereciam riscos financeiros e também de derrocada dos negócios logo no princípio. Conseguir obter escala através de outros profissionais interessados na idéia da organização cooperativa não diminuía esse risco, mas conseguia diluí-lo.

Em função dessa necessidade de diluição dos riscos era necessário oferecer aos profissionais médicos, condições de exercício profissional e remuneração atraente, uma vez que a idéia inicial do Sistema Unimed, contrariamente às Medicinas de Grupo, era não assalariar os médicos, mas através do modelo cooperativista de negócio, oferecer-lhes possibilidade de manter a liberalidade da profissão e a oportunidade de empreender. As possibilidades de bom desempenho nesse negócio, à época ainda incipiente, dependia da coordenação integrada de ações que pudessem favorecer a divulgação da marca ao mercado e o conseqüente aumento da procura pelos serviços; nessas ações integradas e nos elementos que a influenciaram é que se fixarão as análises a seguir.

4.7.1.A viabilidade para o trabalho do médico - Coordenação Singular

Quando se trata da questão estratégica a importância das pessoas nas organizações assume um papel ainda mais decisivo. De acordo com Galbraith (1978), quando os membros da organização identificam-se com os objetivos da mesma, na medida em que conseguem enxergar neles uma finalidade social e também algo que venha de encontro aos seus objetivos pessoais, tomam esses objetivos como seus próprios.

Assim, é importante levar em consideração os objetivos dos membros, quando se avalia o posicionamento e as diretrizes estratégicas da Unimed. Os objetivos do grupo de médicos que assume a estruturação da organização pode ter sido determinante na escolha do modelo de serviços a serem ofertados e das estratégias competitivas que regem as operações.

De acordo com Irion (1997), havia na fundação da primeira Unimed uma intenção clara de trabalhar num novo modelo que pudesse oferecer um sistema de saúde que fosse acessível a grande parte da população e ao mesmo tempo, em função de uma constituição particular, enfrentar problemas de ordem econômica, oferecendo possibilidade de trabalho à classe médica.

De acordo com Duarte apud Negri e Di Giovanni (2001), por ter seu núcleo operacional formado por médicos e pela medicina ser atividade de alto grau de especialização, as ações complexas envolvidas na atividade requerem alto grau de autonomia e dificultam sobremaneira a possibilidade de regulamentação das decisões técnicas desses profissionais. Pode-se verificar o que é textualmente afirmado por Duarte Negri e Di Giovanni (2001, p.378) : [...] *“O fato de ser uma organização do tipo cooperativa – de estrutura, por definição descentralizada – intensifica certas características da organização profissional. No Sistema Unimed, as singulares dispõem de expressiva autonomia e os profissionais que nela atuam detêm um grande controle sobre seu processo de trabalho. A concentração do poder nas mãos do médico é potencializada, acrescentando-se à autoridade própria da natureza profissional, aquela decorrente da qualidade de cooperado.”*

A interpretação dessa postura estratégica demonstra a clara intenção da organização, desde o princípio de suas atividades, em funcionar como uma alternativa para a prática da medicina liberal e também da possibilidade da construção de um negócio viável a partir dela.

Os mais de 96 mil médicos cooperados espalhados pelas singulares em todo o Brasil representam a mola mestra do Sistema e um importante ingrediente da cadeia de valor e na estratégia competitiva.

Ao considerar a afirmação de Zacarelli (1996) conforme abordado no capítulo 1, percebe-se com maior clareza o papel do médico cooperado para o Sistema Unimed. Inicie-se pelo fato do Sistema Unimed ser a representação das diversas cooperativas singulares, aproximadamente 350 em todo o Brasil.

As decisões de natureza administrativa e operacional são absolutamente descentralizadas para cada cooperativa e são tomadas pelas diretorias executivas compostas por médicos e aprovadas pelos conselhos e pelas assembléias gerais ordinárias também compostas por médicos. Esse aspecto sozinho já demonstraria a relevância do médico para o Sistema Unimed.

Junte-se a isso o fato de poder considerar a cadeia de valores, onde percebe-se que para o cliente a noção de valor poderá estar ligada basicamente às atividades desenvolvidas pelo médico em seu consultório, no momento da prestação de serviços.

Recorre-se ao postulado por Lovelock e Righ (2001) quando afirmam que o serviço depende da necessidade e do desejo do cliente, bem como da expectativa que o mesmo tem sobre o momento da prestação. Desta forma, o médico prestando o serviço, responde a uma expectativa do cliente podendo ou não atender às expectativas geradas e por conseguinte agregando ou não valor à cadeia.

Essa ação é absolutamente estratégica, pois a ação do médico é potencializada na ponta e bastante arriscada, no sentido de não se saber ao certo os resultados dela para a organização, o que se configura como estratégia. Note-se que a ação de um indivíduo apenas pode trazer benefícios ou dificuldades, primeiro para a cooperativa quando considerado o seu âmbito local, e depois para a organização quando considerado o seu âmbito amplo, quando considerada a marca Unimed e todas as cooperativas que trabalham sob a marca.

Ao que tudo indica, o médico exerce papel decisivo no desenvolvimento das operações, fato que possui uma contrapartida importante, pois é necessário que ele esteja auto-motivado para realizar os atendimentos e prestar um bom serviço em nome da cooperativa, bem como atuar de forma a minimizar riscos também quando assume o papel de dirigente na cooperativa médica. Para isso, o Sistema conta com algumas ferramentas interessantes que merecem registro e devem ser consideradas, como elemento de manutenção da atitude médica positiva na prestação do serviço:

- a) A unimilitância, expressão de utilização interna do Sistema Unimed, designa que os profissionais médicos que se filiam às cooperativas médicas não prestem serviços à entidades como medicinas de grupo, não sendo por elas referenciados. O Sistema Unimed vale-se da lei 5.764/71 em seu Art.29 parágrafo 4º que diz textualmente [...] *“Não poderão ingressar no quadro das cooperativas os agentes do comércio e empresários que operem no mesmo campo econômico da sociedade.”*

Esse tipo de exigência, de que o médico opere apenas com a cooperativa é passível de funcionar ou não nas cooperativas, sendo decisão da própria cooperativa aplicá-lo em seu estatuto que deve ser aprovado em assembléia. O que se nota é que o mesmo tem funcionado de forma mais significativa no interior do Brasil, onde, desenvolvida a clientela não há investimentos e concorrência que façam frente às operações da cooperativa, o que impele o médico a associar-se e manter seu atendimento através da mesma.

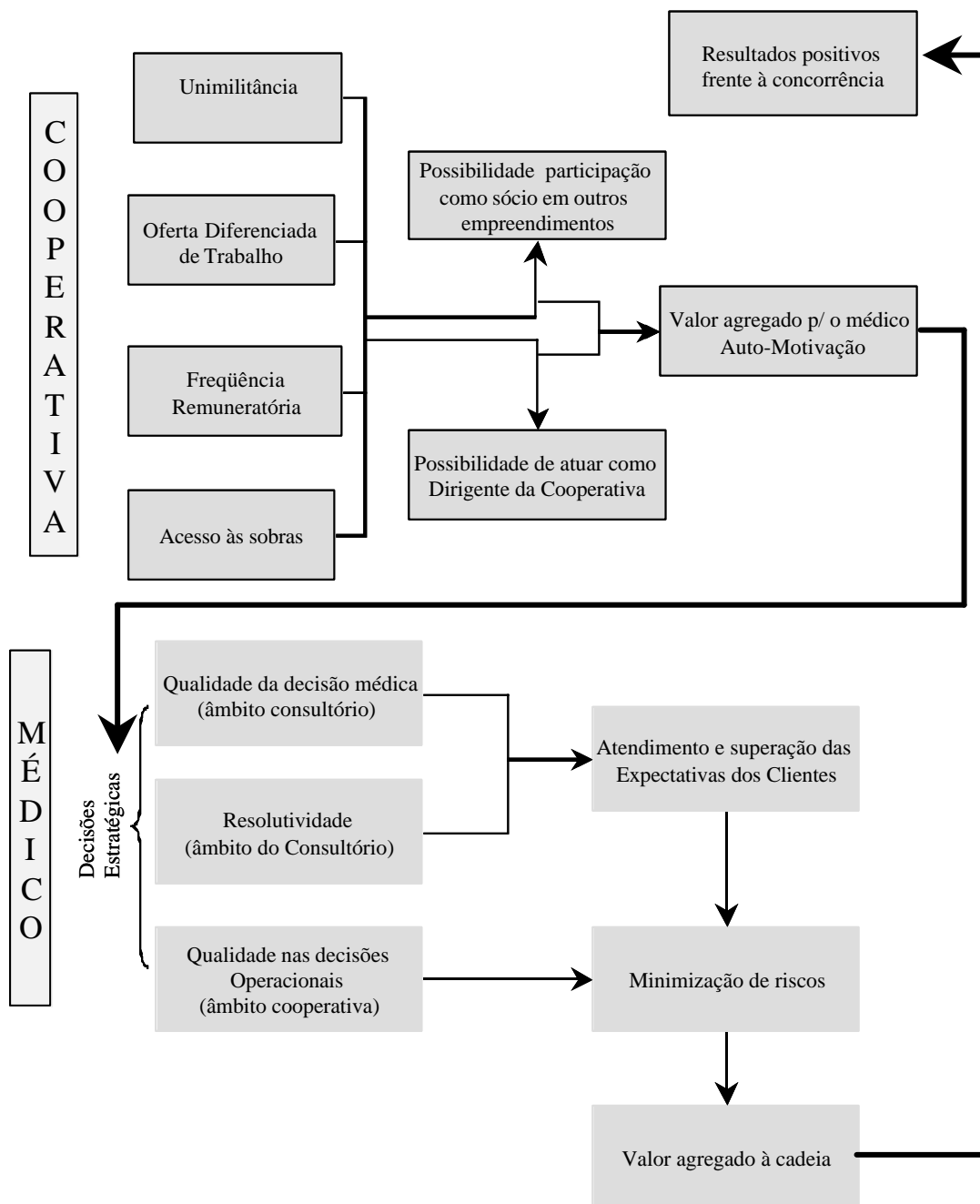
- b) A oferta diferenciada de trabalho, caracterizada pela experiência associativa acumulada durante quase quarenta anos, que permite à cooperativa possuir uma cobertura regional que, em dependendo da especialidade médica, pode significar uma demanda bastante atraente de clientela garantindo ao médico volume de atendimento;
- c) Frequência remuneratória, garantida em função da demanda que a cooperativa atende regionalmente conforme explicitado no item anterior. O nível da remuneração não é o mesmo dos atendimentos particulares, mas a frequência é maior, garantida pelos ganhos de escala em função dos preços dos contratos em pré-pagamento.
- d) O acesso às sobras no final de cada exercício, dependendo da positividade dos resultados da cooperativa e da quantidade de operações que o médico realiza com a mesma. Na maioria das vezes o rateio das sobras é feito de forma proporcional, ou seja, quanto mais operações com a cooperativa, maior a parte das sobras a receber em caso de resultados positivos;

A possibilidade de participar como sócio em negócios dos quais a cooperativa eventualmente faça parte, o que pode implicar em mais oportunidades de trabalho, como no caso das cooperativas possuírem hospitais próprios, por exemplo. Isso pode significar também, utilizando o mesmo exemplo do hospital próprio da cooperativa, oportunidade de participar de um empreendimento desvinculado do modelo cooperativista.

Na verdade, o hospital próprio, significa duas possibilidades de ganho, a primeira quando o médico atua como cooperado prestando no hospital serviços necessários à operação do mesmo; a segunda como sócio do hospital e não mais da cooperativa, quando o empreendimento auferir eventuais resultados positivos que poderão ser distribuídos.

Elaborou-se através da definição gráfica a seguir, o processo de retro-alimentação que envolve o Médico Cooperado e o Sistema Unimed, através de suas Cooperativas Singulares:

Figura 8– Gráfico do Processo de retro-alimentação – Sistema Unimed e Médico Cooperado



Fonte: elaborado pelo autor

Abordou-se a questão do papel do médico para os negócios do Sistema Unimed e faz-se necessário visualizar de forma mais organizada como a Unimed desenvolveu um modelo específico de remuneração desses médicos, seus associados; é isso que se verá a seguir:

4.7.1.1.Regime de Pagamento a Médicos Cooperados

Conforme já mencionado nesse estudo, por ser um sistema cooperativista, a Unimed é um modelo de organização onde os médicos são ao mesmo tempo sócios do empreendimento e prestadores de serviços (Bahia apud Negri e Di Giovanni, 2001).

Essa característica bastante particular dos sistemas cooperativistas faz com que a forma de remuneração pelos serviços prestados seja também bastante particular, recebendo o médico, de acordo com os serviços que presta ou numa linguagem mais técnica de acordo com as operações que realiza através da cooperativa. Note-se aqui que são chamadas operações as intervenções de atendimento à saúde aos clientes, usuários dos planos de saúde.

A normatização da remuneração pelos serviços prestados se dá de forma proporcional à produção e respeita uma Tabela de Honorários Unimed, que para cálculo da remuneração final utiliza uma unidade denominada UT (Unidades de Trabalho). A quantidade de UT's de cada procedimento médico específico corresponde à tabela de CH's (Coeficientes de Honorários) publicada pela Associação Médica Brasileira (AMB), sem considerar o valor monetário, ou seja, um determinado procedimento médico que seja remunerado de acordo com a tabela AMB em 100 CH's, na Tabela Unimed será remunerado em 100 UT's. (Bahia apud Negri e Di Giovanni, 2001)

Um particular interessante, no entanto é a forma de calcular monetariamente o valor da UT. Esse cálculo pode variar de cooperativa para cooperativa, uma vez que são propostos valores relacionados aos resultados particulares de cada uma. A fórmula para cálculo da UT está demonstrada abaixo:

Figura 9– Cálculo da UT – (Unidade de Trabalho) do Sistema Unimed

$$\frac{\text{Receita Líquida (+/-) margem de segurança}}{\text{Produtividade total (em número de CH's)}}$$

Fonte: Extraído de Bahia apud Negri e Di Giovanni (2001)

A **Receita Líquida** mencionada na figura acima é igual à Receita Operacional Direta, ou seja, o Faturamento Bruto resultado da comercialização dos Planos de Saúde, menos as despesas operacionais (gastos com diagnóstico e terapia além do pagamento por serviços prestados por outras Unimeds), a **Margem de Segurança** corresponde ao valor adicionado ou retirado da receita líquida de acordo com eventual sazonalidade a fim de manter a UT estável, e a **Produtividade Total** é o número em CH's dos procedimentos realizados por todos os médicos sócios daquela cooperativa. (Bahia apud Negri e Di Giovanni, 2001)

O que se consegue perceber na forma de remuneração dos médicos é que há uma tentativa de proteger um valor que seja mínimo, colocando-se no cálculo a **Margem de Segurança**, a fim de que a remuneração se torne mais atraente.

O que se tem verificado no Sistema Unimed é que apesar de haver uma forma de cálculo específica, conforme observa Bahia apud Negri e Di Giovanni (2001) as cooperativas acabam definindo um critério mais político e regionalizado para o pagamento das UT's, levando em consideração aspectos como média paga por outras Unimeds da mesma região, UT utilizada no ano anterior e modelo e valores pagos pela concorrência local.

Nesse sentido, a margem de segurança acaba se transformando numa ferramenta estratégica para aumentar ou diminuir a remuneração do médico cooperado, de acordo com questões distintas do resultado da cooperativa. Na verdade, há certa preferência em obter um resultado financeiro inferior e ter menos a distribuir como sobras no final de cada exercício do que pagar uma UT inferior, resultando numa remuneração inferior ao recebido pelos médicos da concorrência

O que se verifica aqui também é um dilema no sentido de que as operações do médico com a cooperativa são estimuladas, já que o mesmo é remunerado de acordo com o número dessas operações. No entanto, esse número pode elevar as despesas operacionais (de diagnóstico ou terapia) diminuindo obviamente o resultado da cooperativa e tornando mais baixo, pelo menos em tese, o valor da UT. Para resolver esse dilema o que se tem observado é uma orientação no sentido de diminuir os gastos com prestadores de serviços, como por exemplo laboratórios de análises clínicas e exames complementares entre outros, principalmente através do estabelecimento de recursos próprios ou negociação diferenciada com prestadores de serviços.

4.7.1.2.Sistemas de Distribuição de Resultados

Na pesquisa foi identificado um fator relevante para integração do Sistema , quando se aborda o princípio de distribuição de resultados No modelo cooperativista, a distribuição de resultados segue o modelo idêntico ao adotado pela cooperativa para rateio das suas despesas.

A origem doutrinária das cooperativas pressupõe não a propriedade privada na sua forma clássica, mas sim a idéia de “*co-propriedade privada e comum*” onde cada unidade associada ao empreendimento como um todo, possa se estabelecer, se manter e operar de maneira eficiente no seu mercado de atuação. O lucro não existe enquanto conceito, tanto que não há recolhimento do imposto sobre a renda, mas sim sobras operacionais, que em tese deveriam ser reinvestidas ou distribuídas. (Bialoskorski Neto, 1998)

O fato é que em virtude do viés doutrinário que “sentencia” que as cooperativas são criadas para prestar serviços aos associados, leva essas organizações a se voltarem para suas estruturas internas, ao invés de se preocupar com questões relacionadas ao mercado e ao ambiente de negócios.

A orientação para o mercado seria uma tendência das cooperativas que já evoluíram um pouco mais na condução dos seus negócios e conseguem se adaptar de maneira mais tranqüila às modificações do ambiente concorrencial. (Bialoskorski Neto, 1998).

De acordo com Irion (1997) os resultados dos negócios das cooperativas podem ser verificados como resultados não mensuráveis e resultados mensuráveis.

Os resultados não mensuráveis estariam ligados diretamente à satisfação do quadro social, dos clientes, dos fornecedores e da sociedade em geral e não são traduzidos em números, encontram-se assim, na subjetividade. São expressões como satisfação, como lembrança de marca, bem estar dos clientes, boa imagem etc.

Os resultados mensuráveis por outro lado são medidos através de critérios econômicos e financeiros, encontram-se na objetividade dos números e traduzem-se em benefício financeiro, livre de despesas para os associados, em resultado positivo das operações realizadas com o mercado, em geração da riqueza.

Para manter a “saúde” das suas operações, obviamente a cooperativa incorre em diversos custos operacionais, despesas de diversas naturezas, como uma empresa qualquer, mantendo uma estrutura que viabilize as operações com o mercado consumidor dos produtos ou serviços oferecidos.

Essa operação e a manutenção de suas atividades econômicas e sociais é de responsabilidade do quadro social. O patrimônio dessas organizações é de propriedade privada e está incorporada às quotas, de propriedade dos sócios.(Irion, 1997). Assim fica claro que a manutenção das operações se dá através dos sócios.

Vale lembrar o que vem a ser ato cooperativo. O Ato Cooperativo é a configuração das transações entre o Sócio-Cooperado e a Cooperativa, que a lei interpreta como sendo de mesma identidade jurídica. Senão observe-se o que postula Irion (1997 – p.99) literalmente sobre as características resumidas do Ato Cooperativo:

- I. *“Cooperados e cooperativa formam uma só economia abrigadas na mesma identidade jurídica”;*
- II. *As transações entre os dois conjuntos são internas e não são operações de mercado;*

III. As cooperativas são mandatárias dos sócios e os incrementos da economia não se produzem no âmbito do empreendimento, mas na economia particular de cada sócio;

IV. A condição da cooperativa de mandatária a torna automaticamente instituição sem fins lucrativos, portanto não pode ser classificada como contribuinte sobre resultados, condição obrigatória atribuída aos associados;

V. A cooperativa com o mandatária dos cooperados recorre, em nome deles, ao mercado para poder servi-los”

Por definição os sócios ao se organizarem na formação das cooperativas devem definir as formas de contabilizar despesas e receitas. Na verdade ao definir o modelo de contabilizar as despesas ou custos o Sistema Unimed utiliza a mesma regra para contabilizar e distribuir as receitas resultado das operações. Irion (1997) apresenta três possibilidades de custeio:

a) **Custeio Proporcional:** configurado como o rateio das despesas operacionais entre os sócios, de acordo com a utilização da estrutura da cooperativa pelo mesmo sócio. Presume-se que quanto mais operações o sócio tenha com a cooperativa, mais a cooperativa terá que disponibilizar capacidade administrativa para transacionar, em seu nome, com o mercado.

Em razão disso, esse sócio contribuiria de forma diferenciada de outro sócio que opere menos com a cooperativa. A essa modalidade de custeio proporcional, chama-se retenção.

b) **Custeio Igualitário:** configurado como a divisão em partes iguais de todas as despesas necessárias para a operação da cooperativa. Todos os sócios cooperados, incluindo aqueles que não operem com a cooperativa fazem contribuições fixas não episódicas e não variáveis de determinado valor; a essa modalidade chama-se contribuição social.

c) **Custeio Misto:** configurado como a combinação das duas formas descritas anteriormente, de forma simultânea. Nessa modalidade as despesas são divididas em duas partes. Uma das partes é coberta por contribuições variáveis, as chamadas retenções ou custeio proporcional e a outra parte é coberta pelas contribuições fixas, as chamadas contribuições sociais ou custeio igualitário.

Da mesma forma que as despesas, os resultados financeiros positivos, oriundos da operação das cooperativas denominados sobras e os resultados negativos denominados insuficiência são rateados entre os sócio respeitando também a legislação que rege as cooperativas.

Para o caso das sobras financeiras, a lei determina que do resultado bruto ou sobras brutas sejam deduzidos 10% (dez por cento) para o Fundo de Reserva e 5% (cinco por cento) para o FATES (Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social); o resultado dessa operação são as sobras líquidas. As sobras líquidas são a parte restituível ao associado (cooperado). Para que se possa fazer essa distribuição é necessário observar:

- a) O modelo de custeio adotado pela cooperativa, pois para distribuição de resultados (sobras) seguir-se-à a mesma modalidade;
- b) No caso das cooperativas que se utilizam do modelo de retenções terão direito ao rateio, os sócios que operem com a cooperativa;
- c) No caso das cooperativas que se utilizam do modelo de contribuição social, as sobras serão rateadas em partes iguais;
- d) No caso das cooperativas que se utilizam do modelo misto, parte das sobras serão rateadas de forma igualitária e parte das sobras de acordo com as operações de cada sócio com a cooperativa.

Importante ressaltar que no que se refere à distribuição de sobras ou insuficiências, esses valores são apurados e submetidos às assembleias nos finais dos exercícios. Os resultados das operações de cada sócio com a cooperativa fazem parte da rotina administrativa e financeira do empreendimento sendo apenas parte do resultado da cooperativa.

A matemática se estabelece no sentido de que as sobras não são lucros da operação, mas o resultado de adiantamentos maiores que o cotista fez à cooperativa; já as insuficiências não são prejuízos, mas adiantamentos menores que os associados fizeram e que eram necessários ao custeio das operações da organização.

4.7.2.A gestão do Intercâmbio - Coordenação Sistêmica

Um dos princípios cooperativistas que merecem análise é o chamado princípio da unicidade. Previsto na legislação específica que rege o cooperativismo, (Lei 5.764/71, inciso XI art. 3º) o princípio diz que a área de ação é a “*área de admissão de associados limitada às possibilidades de reunião, controle, operações e prestação de serviços*”.

No entanto, a restrição das operações da cooperativa em sua área de atuação tem relação direta com os serviços prestados ao quadro social e não com as suas operações com o mercado. Mesmo assim, para que não houvesse canibalismo, principalmente nas cidades do interior do Brasil, uma vez que a formação das cooperativas é livre, a Unimed decide que deve seguir o preceito legal de não criar cooperativas do mesmo grau e tipo na mesma base territorial.

O suporte recíproco de negócios figura como de grande importância dentre os diversos tipos de integração cooperativa. A essa troca recíproca de negócios, o Sistema Unimed denomina intercâmbio.

[...] “Trata-se de suporte aos negócios realizados por uma dada cooperativa, por outra do mesmo tipo e grau, caracterizado pelo atendimento dos clientes ou dos cooperados de uma pela outra. Sua prática é rotineira entre certos tipos de cooperativa de trabalho e crédito. Um exemplo ocorre no Sistema Unimed no qual uma cooperativa de base dá atendimento médico aos usuários de outra, quando em trânsito e fora da área de ação da primeira. Outra forma acontece quando uma cooperativa encaminha pacientes para outra cooperativa com maiores recursos médico-hospitalares.[...] Características do suporte de negócios:

- a) Não há vínculo entre as cooperativas interessadas;*
- b) A integração não dá origem a nova entidade;*
- c) Pode ser criado pelas partes e de comum acordo um regimento que regule as trocas;*
- d) A integração se realiza em prazo indefinido.”(Irion,1997, p.141)*

O que se pode observar é que com o crescimento do Sistema, a Unimed foi dando origem a diversas cooperativas, que se formaram respeitando basicamente limites geográficos para atuação.

Em função de oferecerem planos em pré-pagamento e o mercado apresentar uma demanda pelos serviços médicos oferecidos, naturalmente a escala passou a ser um elemento econômico importante para a competitividade. Por ter encontrado um caminho próprio de financiamento de operações, qual seja, o trabalho dos próprios médicos e o investimento desses nas cooperativas, era até natural que a expansão da organização enquanto um Sistema Conglomerativo fosse se firmando e a presença em muitos municípios principalmente do interior do Brasil se consolidasse.

Nesse sentido, o porte das cooperativas e a necessidade de prestar atendimento médico-hospitalar mais complexo se tornou um fator proibitivo para algumas das cooperativas e o intercâmbio se tornou importante para poder sanear essa dificuldade operacional. É através dele que os clientes podem ter atendimento médico e as pequenas cooperativas podem manter a clientela na sua base operacional.

O problema que surge, no entanto é que o preço pago pela pequena cooperativa, que tem seu cliente atendido numa outra cooperativa, muitas vezes não é o mesmo que se o cliente fosse atendido em sua base territorial o que, para a cooperativa que toma os serviços, representa um peso e passa a ser desinteressante.

O fato é que o intercâmbio atende a uma necessidade ao movimento conglomerativo e como uma espécie de ferramenta de “*seleção natural*” dentro do Sistema, onde somente sobrevivem como operadoras as cooperativas com grande capacidade de recursos, que possam suportar o Intercâmbio.

O Intercâmbio, na verdade, pode significar um ponto bastante positivo ou bastante negativo a depender do ângulo que se analise. No Sistema Unimed existe a definição de Unimeds Importadoras e Unimeds Exportadoras, relativamente ao intercâmbio.

As Unimed Importadoras são as de maior porte, com mais recursos e disponibilidade de serviços mais complexos, que geralmente recebem os clientes das Unimed Exportadoras, que são as cooperativas de menor porte, com menos recursos e menor disponibilidade de serviços complexos; os usuários dessas últimas servem-se dos recursos daquelas na ocorrência de demandas.

Para os usuários o intercâmbio não é percebido. Configura-se apenas como a possibilidade de ser atendido em trânsito, fora do domínio territorial da Unimed da qual é cliente e pode significar diferenciação. Para as cooperativas maiores pode ser interessante na medida que possibilita maior volume de atendimentos, notadamente dos clientes das outras Unimed gerando pagamento por eles. Para as cooperativas menores, os pagamentos que deve realizar, ainda que respeitadas as regras do manual de intercâmbio, podem significar dificuldades de fluxo de caixa e conseqüentemente de viabilidade .

Assim pode-se dizer que o Intercâmbio seja uma ferramenta ambígua: se por um lado pode significar um alto poder de coordenação e diferencial, por outro pode significar a morte lenta das pequenas cooperativas, de sua parte muito responsáveis pela amplitude da marca Unimed, principalmente no interior do Brasil.

4.8.Fatores de Competitividade

A questão da competitividade está presente nos mais diversos mercados e é uma realidade para quase todas as organizações. O fator concorrência deveria deixar atentos os administradores e empresários no intrincado mundo dos negócios, pois com as facilidades de importação e exportação muitas das barreiras existentes há cerca de 10 anos atrás hoje não existem mais, notadamente as geográficas.

Um dos problemas enfrentados pelas organizações para manter-se competitivas e aptas a enfrentar a concorrência é a questão da otimização dos recursos e a área de saúde não escapa a essa máxima. De acordo com Campos apud Piola e Viana 2002 os mecanismos utilizados para o controle dos gastos com serviços de saúde tem se mostrado de tal forma ineficientes, que acabam por gerar desigualdades indesejadas na aplicação dos recursos notadamente no setor público; os sistemas de saúde do tipo universalista possuem incentivos implícitos que impedem o auto aperfeiçoamento e a dimensão e complexidade acaba por recomendar que o Estado, geralmente provedor desse tipo de sistema retire-se da prestação direta dos serviços.

Quando se analisa o mercado de prestação de serviços de saúde, pode-se identificar alguns atores importantes e seu posicionamento sob o prisma da demanda e da oferta. Há na questão da oferta uma falha quando se avalia essencialmente a disposição ou disponibilidade de pagar pelos serviços de saúde e a efetiva necessidade em utilizar o recurso. (Campos apud Piola e Viana 2002)

Ao se analisar a oferta, da mesma forma, podem ser encontradas falhas que se traduzem basicamente na substituição do médico enquanto ente individual, por uma rede complexa de instituições interdependentes dominando tecnologia específica que podem ser classificadas em públicas, instituições mantidas total ou parcialmente pelo poder público, seja ele municipal, estadual ou federal; semi-públicas (santas casas por exemplo) que dependem de incentivos do poder público; privadas, configuradas como sistemas empresariais regulados pelo mercado.

Essas últimas, no entanto, tenderão a atuar em áreas onde a demanda é mais concentrada e afluyente, abandonando as áreas mais periféricas; além disso, as atividades tenderão a ser mais concentradas naquelas onde a lucratividade seja mais elevada. (Campos apud Piola e Viana 2002)

Isso posto, pode-se concluir que os principais pontos da estratégia competitiva do Sistema Unimed. foram:

- a) Desenvolver uma organização com características cooperativistas, mantendo a importância da figura do médico e salvaguardando ao máximo a sua autonomia e independência técnica;

b) Estabelecer novas cooperativas nas mais diversas regiões do Brasil abrindo possibilidades de trabalho e aumentando significativamente a capilaridade do Sistema acenando aos médicos com possibilidades de trabalho fora das grandes capitais a um custo de investimento relativamente baixo;

c) atuação nos mesmos moldes das Medicinas de Grupo, com planos em pré-pagamento em regiões com menores demandas, atendendo à população demandante através da cooperativa (Unimed) local, com possibilidade de atendimento complexo através das outras cooperativas da rede

Deve-se observar que esse tipo e atendimento está invariavelmente ligado aos tipos de produtos adquiridos pelos clientes, assim como em todas as empresas de medicina de grupo. Para Campos apud Piola e Viana (2002), o mercado de saúde é um ambiente incerto e com muitas fissuras; não se regula de acordo com as regras comuns do mercado em geral em virtude dos seus atores não deterem total controle, seja da oferta seja da demanda.

O que se consegue verificar é que a capilaridade do Sistema Unimed tem garantido certa vantagem competitiva quando se estuda especificamente o atendimento médico no interior do Brasil, não apenas no que diz respeito à rede de médicos credenciados que hoje alcança a casa dos 96 mil, mas também na extensão geográfica desse atendimento no território nacional, com cerca de 4.125 municípios atendidos, aproximadamente 74,9% do total de municípios brasileiros.

Possuir uma marca conhecida e ter um alto potencial de atendimento seja básico ou complexo parece ter garantido ao Sistema Unimed a sua permanência no mercado de saúde. O que se percebe é que, ao contrário dos grandes conglomerados que espalham suas filiais, ao contrário, no Sistema Unimed foram as “filiais” por assim dizer que se organizaram, para construir estruturas centralizadoras de serviços como as Federações e a própria Confederação. Assim, a autonomia decisória permaneceu preservada, dando maior agilidade ao Sistema, uma vez que a cooperativa singular decide de forma soberana sobre a sua administração.

Os usuários e prestadores de serviços de saúde possuem interesses bastante particulares que acabam por desenhar uma necessidade de atuação intervencionista de um outro ator que não esteja no mercado, nesse caso o poder público através de intervenção ou regulação:

✓ Para o usuário os interesses principais seriam a possibilidade aquisitiva do serviço, a comodidade do acesso, o financiamento da utilização, entre outros ,qualidade garantida não apenas pelo prestador do serviço;

✓ Para o ofertante, ou prestador do serviço, os interesses principais seriam possibilidade de financiamento não só para si, mas também para os clientes, a fim de que pudessem pagar os serviços ofertados; além disso, assistência técnica e mercadológica para buscar regiões, ainda que periféricas, com mercados potenciais, possibilidade de dividir os riscos da operação de prestação dos serviços de saúde, ainda que isso custasse a total independência como ofertante livre, entre outros. (Campos apud Piola e Viana 2002)

Aqui também parece existir um diferencial competitivo do Sistema Unimed. Apesar das diversas dificuldades, notadamente de financiamento enfrentadas pelo setor, o Sistema tem se mantido através de recursos próprios, o que oferece uma autonomia interessante na sua atuação no mercado de Saúde Suplementar. Obviamente não há possibilidade de financiamento total dentro do Sistema, mas a abertura de cooperativas de crédito para financiamento de novas singulares operadoras, bem como o lançamento de produtos que garantam a sobrevivência das cooperativas menores em suas bases territoriais e o atendimento dos clientes dessas cooperativas em procedimentos mais complexos tem se mostrado de certa forma eficientes na garantia do espaço competitivo, principalmente no interior.

É importante salientar que o mercado de saúde também se diferencia em função dos fatores que motivam a procura, de como esses fatores se manifestam e de como os diversos atores atuam nesse processo. O que determina a procura pelos serviços não é um comportamento previsível, como alimentação, por exemplo, mas sim, uma necessidade imprevista que pode acometer a todos indistintamente, “o ficar doente”.

Esse fato é agravado por certa ignorância sobre o que o mercado poderá oferecer em termos de saúde e finalmente não há uma relação direta do tomador do serviço com o prestador institucional; o prestador é representado por um agente, o médico, que não obstante também é o representante do tomador do serviço; na verdade o médico acaba por ocupar uma posição intermediária entre tomador e prestador, que pode valer a saúde de ambos: para o tomador a saúde física e para o prestador a saúde financeira. (Campos apud Piola e Viana 2002)

Certamente essa discussão ética não fará parte desse trabalho; ela permanecerá no campo das suposições, devendo ser considerada apenas como possibilidade de ponto crítico ao bom desempenho do Sistema Unimed enquanto organização no ambiente da concorrência. De fato, não há como encarar o atendimento à saúde como um simples mecanismo de causa e efeito onde rendimentos, necessidades, cuidados e bem estar estão ligados.

Baseando-se em Campos apud Piola e Viana (2002), pode-se afirmar que facilitar o acesso de todas as pessoas à saúde não garante bons resultados. Os indicadores na verdade não são apenas de acesso; devem ser levados em conta, qualidade, acesso a procedimentos de alta complexidade e agilidade entre outros.

Ao que tudo indica parece não existir sistemas de saúde de configuração pura, mas sim conjuntos onde se misturam elementos de mercado com elementos de planejamento central onde se destacam os atores públicos. (Campos apud Piola e Viana 2002). O que se tem escutado de profissionais atuantes no mercado é que o serviço de saúde tornou-se um commodity, uma vez que não há diferenciais significativos entre os diversos prestadores e nem tampouco entre planos de pré-pagamento e seguros saúde, uma vez que a diferença básica entre um e outro é apenas possibilidade de reembolso e em alguns planos a possibilidade de atendimento internacional. Assim, talvez a batalha concorrencial, no sentido de conseguir angariar um maior número de clientes num segmento demandante como o da saúde, se trave na análise do mercado e na criação e oferta de produtos específicos.

Nesse sentido, é importante conhecer de maneira mais aprofundada como Sistema Unimed pauta suas relações com o mercado de saúde suplementar, fornecendo indicadores de competitividade. Na verdade o que se busca explorar do conceito é a importância de alguns fatores que, residindo no bojo da definição, proporcionam melhor entendimento dos movimentos que ocorrem nesse mercado:

- a) As pessoas, os consumidores, os clientes são extremamente importantes, pois sem eles não se dá o processo do giro de mercadorias e serviços; portanto o mercado é fruto de uma atividade humana, a atividade de trocar, de vender e comprar;
- b) O mercado, ou seja, as atividades de compra e venda, de troca, são pautadas pelas necessidades e pelos desejos dos agentes em busca de satisfação.

Dadas essas considerações resta analisar quais os fatores que podem atrair e reter clientela, verificando os aspectos mais relevantes para os clientes de empresas de serviços de Saúde Suplementar. Por tratar-se de tema relacionado à estratégia competitiva, foi utilizada a base teórica de Michael Porter (1989), traçando-se um paralelo entre o proposto pelo autor e a realidade pesquisada no Sistema Unimed. Vale observar que Porter (1989) apresenta a diferenciação, traduzida pela singularidade que as organizações atingem e que se transformam em aspectos valiosos para o cliente, como ponto primordial para vantagem competitiva.

A diferenciação possui diversos condutores básicos e a análise que se segue utilizará esses condutores para identificar as eventuais diferenciações do Sistema Unimed nas suas operações no mercado de Serviços de Saúde Suplementar:

- a) **Escolhas de Políticas**, que são as decisões das organizações no sentido de como realizar as operações. No Sistema Unimed, talvez a principal decisão tenha sido a de utilizar uma forma societária diferenciada, o modelo cooperativista, que permitiu que o médico se tornasse dono do próprio negócio e de certa forma garantiu que o mesmo mantivesse o seu atendimento sendo dado em consultório.

A possibilidade de atuar em outros negócios da cooperativa, a garantia de frequência de trabalho em virtude da demanda oferecida pela cooperativa bem como a possibilidade de acesso às eventuais sobras ao final dos exercícios fiscais, parece reforçar uma maior qualidade no

atendimento do médico, sua maior resolutividade, fatores percebidos como diferenciais para o cliente.

*b) **Elos***, que são as ligações que a organização efetua dentro da cadeia de valores gerando alguma vantagem na cadeia que pode ser repassada ao comprador/cliente. Um exemplo claro disso é o fato do Sistema Unimed possuir atendimento em todo o território nacional através do Sistema de Intercâmbio.

Através desse Sistema o cliente pode ser atendido por qualquer cooperativa Unimed, mesmo sendo cliente de uma cooperativa que atenda outra região, utilizando o cartão de identificação do seu Plano de Saúde. Além disso, disponibilizar medicamentos a custos mais baixos (até 25% abaixo das tabelas normais) em farmácias da própria cooperativa, como é o caso de uma cooperativa em São Paulo, para clientes do Plano de Saúde é um diferencial percebido pelo cliente.

*c) **Oportunidade***, que é a medida resultante das ações que a organização toma para antecipar-se ou aguardar a concorrência. Na verdade o fato de ter escolhido as condições de trabalhar em contratos em pré-pagamento, assumindo os riscos da operação de prestação de serviços de saúde, pode não ter diferenciado o Sistema Unimed, mas sem dúvida garantiu espaço concorrencial, sem o qual a organização provavelmente não teria se firmado.

O movimento foi de “copiar” as medicinas de grupo que entraram para o mercado anteriormente, o que naquela oportunidade se desenhou como grande risco, mas que posteriormente revelou-se adequado.

d) **Localização**, que é a medida da disponibilidade de acesso do comprador. Esse sem dúvida parece ser um dos principais fatores de diferenciação do Sistema Unimed; a grande capilaridade com presença em cerca de 75% dos municípios brasileiros e a possibilidade de atendimento da clientela pelas diversas unidades singulares favorece sem dúvida a escolha, notadamente nas cidades do interior onde a Unimed detém domínio do mercado e também a divulgação e lembrança da marca por parte dos consumidores.

e) **Inter-relações**, que é a medida do compartilhamento com unidades empresariais semelhantes; no caso do Sistema Unimed essa característica de diferenciação pode ser observada quando da escolha por determinada cooperativa da utilização de recursos próprios, como hospitais, por exemplo ou da escolha de parceiros comerciais interessantes. O fato de um cliente necessitar de atendimento de emergência em um hospital e poder ser atendido com a menor incidência possível de trâmites burocráticos, bem como poder oferecer ao cliente um centro de alta resolutividade, para quaisquer problemas de saúde, cria diferenciação além ser percebido como valor pelo cliente.

f) **Aprendizagem** que é a medida da tecnologia empregada pela organização para colocação no mercado de seu produto ou serviço. Nesse caso, não há como verificar potencial diferenciador do Sistema Unimed. O que se verifica é a tecnologia de alguns processos de gestão de planos de saúde, como é o caso do intercâmbio e de determinados produtos que o Sistema Unimed, através de suas cooperativas oferece ao mercado e que podem significar diferenciação para o cliente.

g) **Integração**, que é medida quando a organização estabelece de forma integrada novas atividades no seu rol, coordenando-as de forma eficaz para benefício do cliente. Pode-se considerar novas atividades como sendo uma empresa coligada que desenvolve um produto ou serviço do qual o mercado necessite.

No caso do Sistema Unimed, que passou a atuar também com empresas de capital como a Unimed Seguros Saúde na intenção de oferecer ao mercado demandante um produto nos moldes de seguro saúde, bastante requisitados principalmente pelos clientes pessoa jurídica, otimizando a rede de cooperativas singulares e oferecendo complementaridade às mesmas. Num outro sentido a integração pode ser encarada como a facilidade e resolutividade encontrada pelos clientes da Unimed Campinas, por exemplo, que ao chegarem ao especialista já tem um levantamento efetuado pelo médico clínico, para facilitar o processo.

h) Escala, que é a medida que garante que a atividade só possa ser diferenciada em larga escala. Esse aspecto é interessante de ser analisado no Sistema Unimed, na medida em que a marca possui larga escala, algo em torno de 11 milhões de usuários, porém as cooperativas possuem escalas muito menores. A construção da grande escala, no entanto, facilita atualmente o conhecimento e a procura pela Marca Unimed, sem o que a cooperativa local se tornaria inviável.

i) Fatores Institucionais, que é a medida da eficácia das relações da organização em seu ambiente. Assim relacionamento com sindicatos de trabalhadores, com instituições de classe, com órgãos públicos parecem ter papel importante. Sobre esse aspecto, o fato de ter sido fundada por um grupo de médicos oriundos do sindicato da categoria, bem como utilizar um modelo com bases cooperativistas parece facilitar o papel institucional do Sistema Unimed.

Além disso, a manutenção da Fundação Centro de Estudos Unimed (CEU) como centro de treinamento gerencial e como divulgador da experiência do conglomerado para o ambiente próximo, pode contribuir para a solidificação da marca e para diferenciação.

4.9.Tecnologia da Informação no Sistema Unimed

Há em geral uma tendência em acreditar que quando se fala em tecnologia, necessariamente se refira à computadores e sistemas (Hardware e software) utilizados na produção de um bem ou serviço.

Na verdade tecnologia é mais do que isso. Todas as inovações e mesmo a experiência adquirida pelas organizações no curso das suas operações devem ser classificadas como tecnologia. De acordo com Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) a tecnologia não necessariamente deve estar confinada nas máquinas e nos equipamentos, mas pode fazer parte de sistemas inovadores, de processos que consigam fazer com que haja ganhos de produtividade e/ou tempo.

Ainda segundo Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) na indústria manufatureira os avanços tecnológicos muitas vezes passam despercebidos pelos clientes o que não acontece no setor de serviços, uma vez que o cliente é sujeito na operação.

“Em serviços, o processo é o produto porque os clientes participam diretamente da prestação do serviço. Assim, o sucesso das inovações tecnológicas, particularmente para a função de atendimento, depende da aceitação pelo cliente. O impacto sobre o cliente nem sempre fica limitado a uma perda de atenção pessoal”. (Fitzsimmons e Fitzsimmons, 2000, p.77).

No caso do Sistema Unimed pode-se analisar a questão da tecnologia por dois ângulos bastantes distintos:

- a) O primeiro diz respeito à experiência adquirida pela organização no decorrer do tempo, desde a sua fundação. Na verdade esse tipo de tecnologia estaria voltado às ações de administrar uma organização cooperativista de prestação de serviços no mercado de Saúde Suplementar. Em algum momento a organização conseguiu encontrar pontos importantes para que o cliente fizesse sua opção por ter serviços Unimed.

A vantagem competitiva pode estar ligada a diversos aspectos tecnológicos como atendimento médico, resolutividade, volume da rede de profissionais à disposição, cobertura a procedimentos de média e alta complexidade entre outras.

Além disso facilidade de recebimento de cobranças, amplitude da rede bancária para pagamento das mensalidades, velocidade de aprovação de guias etc.

b) O segundo diz respeito a automação de procedimentos que podem facilitar a vida dos clientes, evitando trâmites burocráticos, como a possibilidade de atendimento através da simples apresentação de um cartão magnético, a possibilidade de ser atendido em outra cooperativa da rede, mesmo sem ter um plano de abrangência nacional e a facilidade de receber atendimento para procedimentos de média ou alta complexidade, ainda que os mesmos não estejam disponíveis na sua cooperativa.

As facilidades encontradas pelos clientes nem sempre significam muita facilidade para uma organização com as características do Sistema Unimed. O alto grau de autonomia entre as cooperativas faz com que elementos como um banco de dados comum a todo o Sistema não tenha ainda sido implantado. Há todo um trabalho de convencimento técnico e político do qual se encarrega a Confederação, no sentido de fazer com que as cooperativas estejam cada vez mais próximas e ganhem corpo para conseguir maior competitividade no mercado de Saúde Suplementar.

Abordando a questão da integração entre as cooperativas é importante frisar que a Tecnologia da Informação especificamente os sistemas informatizados que poderiam ser um grande alavancador de Integração no Sistema Unimed não tem conseguido grande sucesso nesse sentido. O grande número de produtos a disposição no mercado, principalmente de softwares e a dificuldade de investimento das Unimeds de menor porte criam uma diferença significativa em termos tecnológicos. Enquanto algumas das grandes cooperativas já contam, por exemplo, com captura de clientes por biometria, que é o leitor das digitais do cliente, algumas Unimeds de menor porte utilizam-se da captura por apresentação de uma carteirinha de papel plastificado.

Existe uma tentativa de manter um banco de dados centralizado, mas há resistência de algumas Unimeds em tratar as informações de forma “caseira”. Os custos são baixos e a necessidade de pessoal especializado quase inexistente.

Mesmo assim, na tentativa de dar maior velocidade aos processos operacionais, algumas Federações estaduais estão conseguindo convencer as UnimedS a trabalhar no modelo de data-centers: A Federação faz o investimento em hardware e software e integra as informações de todas as UnimedS Singulares, utilizando-se da tecnologia para prestação de serviços, facilitando o fluxo operacional e aumentando a competitividade.

A grande diversidade de produtos em Tecnologia existentes no mercado, principalmente os produtos relacionados a sistemas para administração de fluxos operacionais fez com que as UnimedS maiores, localizadas nos grandes centros e com maior acesso a esse tipo de produtos partissem para soluções próprias independentes da ação da Confederação (Unimed do Brasil) o que de certa forma prejudicou o processo de integração conglomerativa.

O fato é que, diante da necessidade premente de manter-se diálogo entre os diversos sistemas que acabaram compondo o quadro da Unimed enquanto corporação, os técnicos tanto de UnimedS singulares, quanto das Federações e mesmo da Confederação desenvolveram o chamado PTU (Protocolo de Transações Unimed). O PTU é um modelo de arquivo de software através do qual são trocadas as informações entre as diversas UnimedS. No caso do intercâmbio, por exemplo, se um cliente de uma determinada Unimed realiza um procedimento através de uma outra Unimed, a primeira necessita encaminha a cobrança; ao invés de fazer isso através de uma “nota” para que seja processada, realiza a cobrança através de um arquivo PTU já parametrizado.

Os processos PTU existem para facilitar o fluxo das informações e diminuem consideravelmente o tempo gasto na conclusão das operações. Assim, o atendimento ao cliente na ponta fica facilitado, pois havendo segurança para o atendimento, no sentido de garantir que a Unimed que atende ao cliente receba os honorários pelo mesmo, ganha-se em integração e competitividade.

No sentido de proporcionar maiores facilidades para as operadoras locais, nos contratos de âmbito nacional celebrados pela Central Nacional Unimed, que é a operadora nacional de planos de saúde para pessoas jurídicas, a massa de usuários de determinada localidade é enviada através de um protocolo específico que disponibiliza as informações para que a Unimed local possa prestar o atendimento médico e receber o repasse dos honorários da operadora nacional (Central Nacional Unimed).

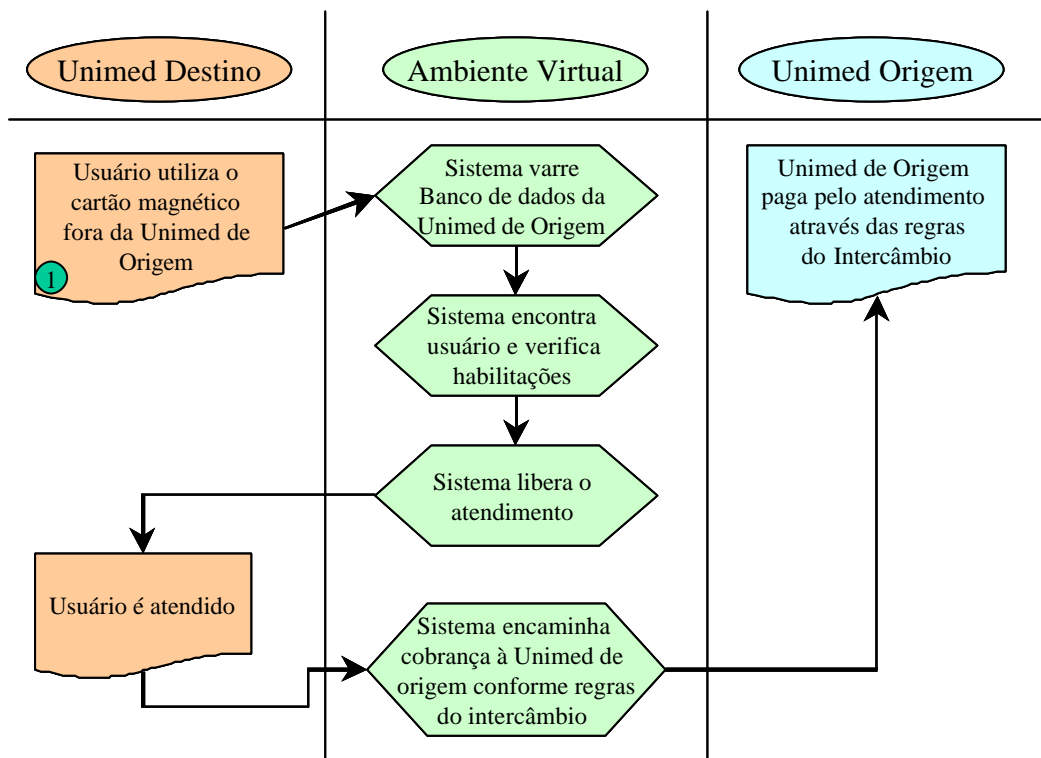
A própria existência da Central nacional Unimed parece contribuir para a integração do sistema Unimed, uma vez que centraliza e coordena a operação dos contratos pessoa-jurídica de âmbito nacional utilizando-se das estruturas locais para a prestação do serviço. É uma forma de aumentar as possibilidades de comercialização de planos, livrando-se do estigma do atendimento regionalizado.

O Sistema Unimed tem tentado implantar, com sucesso em algumas regiões do país, o Intercâmbio 100% Eletrônico. No Intercâmbio totalmente Eletrônico não importa se o cliente de uma determinada Unimed do Sul do País, por exemplo, utiliza o seu cartão numa Unimed do Nordeste; ele elimina os contatos através do fax e do telefone.

A transação se inicia na Unimed que vai prestar o serviço. No momento em que o cliente passa o seu cartão magnético, o sistema informatizado varre o banco de dados da Unimed de origem do usuário e realiza a autorização, verifica se o mesmo pode realizar o procedimento ou não e responde automaticamente para a Unimed prestadora, liberando o atendimento e enviando os dados para a cobrança do intercâmbio automaticamente.

Essa operação deve demorar segundos e atualmente algumas regiões já implantaram esse fluxo; é o caso do Estado do Rio de Janeiro que está totalmente integrado em rede, bem como os estados do Paraná, do Espírito Santo da Federação Minas e de Santa Catarina. A *figura 10* demonstra como se configura o fluxo do intercâmbio 100% eletrônico.

Figura 10: Representação gráfica do fluxo do Intercâmbio 100% Eletrônico



Fonte: Elaborado pelo autor

Buscando integração através da tecnologia da informação, algumas Federações como a do Estado do Paraná, já realizam autorizações remotas através da Unirede. Essa Rede de comunicação de dados já integra Rio, S.Paulo, Minas Gerais e algumas Unimeds como Unimed Fortaleza, Guarulhos, que não estão ligadas a nenhuma federação diretamente.

Outros exemplos interessantes podem ser citados, como o Unimed Seguradora que não possui uma rede de médicos cooperados credenciados, mas utiliza da estrutura operacional das Unimeds espalhadas pelo Brasil.

Assim, se um usuário da Unimed Seguradora necessita ser atendido em Santos ele passa o cartão no consultório do médico, a autorização chega na Unimed Santos (que é a Unimed à qual o médico está vinculado) o sistema faz o roteamento para S.Paulo onde estão os dados da Unimed Seguradora, verifica se aquele usuário pode receber atendimento ou não e responde para a Unimed na ponta.

O mundo tecnológico das Unimeds é diversificado. Há Unimeds trabalhando com sistemas em plataforma Dataflex, principalmente as usuárias dos sistemas desenvolvidos pela Unimed do Brasil, apesar de haver um movimento para migração para um novo produto. Esse novo produto deve ser de tecnologia de ponta, um sistema em camadas, com possibilidade de trabalhar na web, e com multibanco.

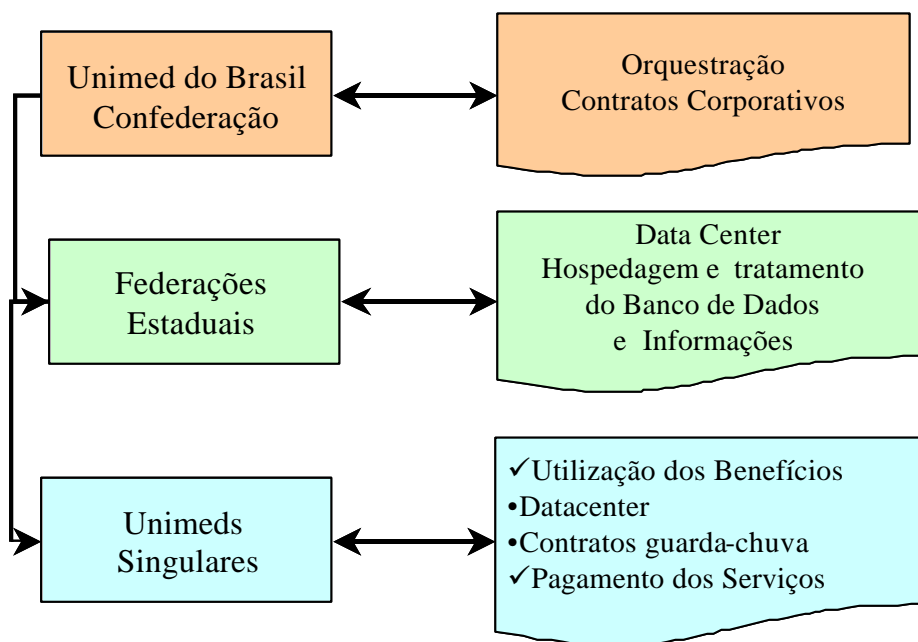
Trabalhar com multibanco pode significar avanços para as pequenas Unimeds que não tem disponibilidade de investimento para adquirir sistemas como Oracle, por exemplo. Desenvolver recursos para plataformas Dataflex, que é mais simples pode significar menor investimento de recursos financeiros e humanos para manutenção e operação.

O modelo de trabalho em data-centers pode significar ganhos na relação custo-benefício uma vez que os dados ficam acessíveis e recebem tratamento especial, deslocando para um administrador comum, as demandas de manutenção, back-ups, enfim os cuidados que a informação necessita para que a mesma esteja sempre em base confiável, bem como os investimentos necessários à aquisição de hardware compatível. Quando se agrupam para realização desses investimentos, através de bureaus de serviços locados principalmente nas Federações dos Estados, as Unimeds ganham em escala tornando-se mais competitivas.

A hierarquização dos processos de Sistemas da Informação está demonstrada na **Figura II** que coloca a Unimed do Brasil (Confederação) num papel de orquestração das melhores práticas e as Federações como centralizadoras de serviços em modelo data-centers.

Além disso, há uma tendência de negociação de parcerias com fornecedores de tecnologia no sentido de haver um contrato “guarda-chuva” e garantir ganhos de escala para o Sistema Unimed, evitando que cada Unimed negocie separadamente e não consiga os benefícios que um contrato em larga escala possa trazer.

Figura 11: Hierarquização dos Serviços de Tecnologia da Informação no Sistema Unimed



Fonte: Elaborado pelo autor

Quando se avalia a tecnologia colocada à disposição do Médico Cooperado somente nos serviços de captura, que em suma é o mensurador do trabalho do médico com a cooperativa, é que há iniciativas.

As mesmas dificuldades encontradas no trabalho de integração das Cooperativas Médicas que somam aproximadamente 360 são encontradas também para integrar os aproximados 90 mil médicos do Sistema Unimed. Mesmo para os serviços de captura de consultas não há larga escala de implantação.

Em resumo, o Sistema Unimed encontra-se diversificado na questão da Tecnologia da Informação, em parte pelas diferenças em termos de poder de investimento das Unimeds Singulares e em parte pelas características às vezes burocratizantes, típicas de um sistema cooperativista onde o trânsito político é bastante valorizado.

Há Unimeds que tem condições de investimento e implantaram Sistemas Integrados do tipo ERP, muito em virtude das exigências cada vez maiores da ANS na questão de dados e indicadores das Unimeds. Muitas Unimeds possuem sistemas de captura eletrônica e algumas, sistemas de gestão. As diferenças ficam mais claras quando se aborda a questão da captura de consultas onde se percebe Unimeds que utilizam a carteirinha de papel, Unimeds que utilizam o cartão magnético e Unimeds que já utilizam sistemas de biometria.

As iniciativas, no entanto são muitas vezes isoladas e o trabalho da Confederação (Unimed do Brasil) está voltado à maior integração, tentando fazer com que as Unimeds Singulares disponham ao menos de Sistemas de Captura Eletrônica e Sistemas de Gestão que em suma ajudariam as cooperativas nas questões ligadas ao faturamento, ao pagamento dos médicos cooperados, ao Intercâmbio seja ele passivo ou ativo concorrendo para ganhos de velocidade e conseqüentemente de competitividade.

Buscar a integração do Sistema Unimed, através de um posicionamento institucional e pensando em garantir que as demais singulares, não importando qual os sistemas utilizados, trabalhem dentro dos padrões exigidos pela ANS e que atendam aos protocolos de transações deve ser a tônica da Unimed do Brasil (Confederação).

Para isso, buscar empresas fornecedoras de sistemas que possam ser acompanhados e garantam à Confederação maior poder de mediação e orquestração aumentando ainda mais a integração, competitividade e manutenção da perenidade do Sistema Unimed é a tônica da área de Tecnologia da Informação.

Quando se avalia o âmbito da cooperativa, a tecnologia da informação deveria direcionar seu foco para melhoria do serviço prestado e, por conseguinte da satisfação dos clientes. Nesse caso ganhos de produtividade com facilidades para marcação de consultas, agilidade no atendimento, diminuição ou mesmo eliminação da necessidade de guias para exames ou outros procedimentos podem efetivamente prestar-se à esses objetivos.

Considerações Finais

As grandes alterações econômicas ocorridas no Brasil, notadamente nos últimos 50 anos, a partir do processo mais visível de industrialização trouxeram consigo transformações de ordem política e social. A mais sentida talvez tenha sido a migração das grandes massas de trabalhadores do interior do país que passaram a procurar melhores condições de vida nos centros urbanos, auxiliando naquilo que poderia ser chamado de colonização urbana.

Obviamente que com o crescimento das cidades, pólos industriais, algumas necessidades se tornaram mais prementes, principalmente as relacionadas à infra-estrutura, como água encanada, energia elétrica, redes de esgotos, redes de telefonia, educação pública e saúde. Dentre todas essas talvez a mais crítica sempre tenha sido a saúde. Note-se que educação pública também tem se apresentado como um problema de grandes dimensões, mas a chaga social aberta pela deficiência na saúde parece mais visível, pois afeta diretamente a vida das pessoas.

Neste cenário surgem as empresas dispostas à prestação de serviços na área da saúde, interessadas na alta demanda oferecida e na baixa regulação por parte do poder público. A crescente precarização do atendimento à saúde pública seja no tocante à oferta de recursos ou na qualidade dos serviços prestados acelerou sobremaneira a entrada de agentes privados no setor o que forçou, mais de 35 anos depois, por parte do poder público a um movimento de regulação, na tentativa de melhorar as relações comerciais do “*produto saúde*” entre prestadores e usuários.

Esse trabalho analisou o mercado de saúde suplementar através de um tipo específico de organização, de características cooperativistas e conglomerativas: o Sistema Unimed.

Para que se façam as considerações finais deste estudo é importante verificar a partir das **questões centrais** propostas, os principais pontos relacionados às estratégias competitivas do Sistema Unimed e o seu comportamento frente ao mercado e ao cenário que se desenharam no Brasil, principalmente a partir da década de 1960.

✓A *primeira questão* dizia respeito a conhecer e analisar o contexto concorrencial dessa organização e identificar os principais fatores de competitividade. Nesse aspecto conseguiu-se verificar que o contexto concorrencial da indústria da saúde, é muito delicado e complexo principalmente pela natureza das atividades desenvolvidas. Delicado porque a concorrência entre as organizações na indústria envolve diretamente a atividade de atendimento à saúde e portanto a vida das pessoas, configurando-se como atividade de risco. Complexo porque a atividade, base da indústria da saúde, se configura como altamente técnica, não podendo ser prestada por profissionais que não os médicos.

Os principais fatores de competitividade se traduzem em capilaridade e reconhecimento da marca. A capilaridade pelo alto potencial de atendimento quer em quantidade de médicos à disposição dos usuários (mais de 90 mil), quer em extensão geográfica das redes de cooperativas onde aproximadamente 75% dos municípios brasileiros são cobertos.

Acrescente-se a isso o fator *qualidade do atendimento prestado*. Conforme amplamente abordado nesse estudo, o poder de resolutividade colocado à disposição dos usuários pelo conjunto de cooperativas do Sistema Unimed, através da qualificação técnica do seu corpo de profissionais médicos, diferenciando-se da oferta gerada pelo serviço público pode configurar-se como importante no jogo concorrencial.

✓A *segunda questão* dizia respeito a analisar os processos de ampliação coordenada, através dos quais o Sistema Unimed mantém interligadas suas unidades descentralizadas e com alto grau de autonomia. Nesse aspecto, conseguiu-se verificar no estudo que o crescimento experimentado pela organização se deu das cooperativas singulares para as Federações e depois Confederação e não o inverso, como em determinados empreendimentos, o que dificulta a coordenação. Nesse sentido também, não há nenhuma intenção em obstruir a autonomia das cooperativas, o que facilita o processo de coordenação.

Os organismos de segundo e terceiro graus, não singulares, se posicionam como prestadores de serviços para as cooperativas e como orientadores. Atuam ainda em questões onde determinadas “*atividades meio*” possam ser absorvidas, possibilitando redução de custos às cooperativas e conseqüente aumento da competitividade.

Pelo que se pode observar, o fato de ser uma organização formada e dirigida totalmente por profissionais médicos, estimula uma característica de corporativismo facilitando a coordenação. Obviamente que a natureza da atividade médica também se configura como um dos processos mandatórios através dos quais a Unimed coordena a ação de suas diversas cooperativas singulares.

✓ *A terceira questão* dizia respeito a identificar os fatores de Coordenação Singular e Sistêmica, que podem estar garantindo a unidade organizacional, apesar do traço marcante de um processo de conglomeração. Nesse sentido, fica claro que a possibilidade de atendimento em todo o território nacional através das mais de 300 cooperativas e dos mais de 90 mil médicos dá às Unimeds uma característica de conglomerado, atuante no serviços de saúde suplementar.

A **Coordenação Singular** se dá através da atuação do médico quer no seu consultório, na prestação do atendimento, quer na cooperativa, influenciando as decisões a serem tomadas ou trabalhando como dirigente na tentativa de manter e melhorar o desempenho da cooperativa enquanto organização privada. Além disso, a figura do médico, o seu trabalho e a sua atuação como dirigente das estruturas ligadas ao cooperativismo Unimed parece ser um elo significativo dessa corrente de relações empresariais presentes no Sistema.

Resta saber, se o fato do médico ganhar maior proficiência administrativa enquanto dirigente médico pode deturpar a característica inerente à sua formação técnica de utilizar todos os meios para a resolutividade e cura dos pacientes sob seus cuidados.

É fato que o administrador tem uma ótica muito diferente da realidade empresarial. Resta saber se na condução das organizações de prestação de serviços médicos, a ótica do médico ou do administrador prevalecem e quais as conseqüências trazidas por uma e por outra condição.

O que se observa nessa análise é que entre o Sistema Unimed e os Médicos Cooperados existe uma relação de retro-alimentação indispensável na consolidação do posicionamento competitivo da organização como um todo caracterizada de um lado pela oferta de trabalho e remuneração e de outro pela indispensável capacidade técnica e administrativa colocada a serviço dos clientes e da cooperativa Unimed

Enquanto o médico oferece valor agregado à cadeia, notadamente na sua relação com o cliente e na resolutividade que consegue gerar através da sua competência técnica, o Sistema Unimed lhe oferece mais oportunidades de trabalho, maior freqüência remuneratória e melhores oportunidades de desenvolvimento baseado na atuação em consultórios e eventualmente em hospitais dos quais a cooperativa seja proprietária.

A esse diferencial é somada a possibilidade de experiências administrativas à frente das cooperativas nos diversos níveis, como diretor. Obviamente essa possibilidade depende do posicionamento político, dos aspectos de liderança do médico e sem dúvida da sua capacidade de aglutinar forças em torno de valores e idéias

A **Coordenação Sistêmica** por sua vez se observa principalmente através dos processos de intercâmbio, onde umas cooperativas podem atender clientes de outras e ter seus clientes atendidos por outras pagando ou recebendo, conforme um manual de intercâmbio que estipula valores e normas para pagamento ou cobrança de procedimentos médicos prestados.

Além disso, o fato de desenvolver empresas de capital, não cooperativas, para atuar nas atividades relacionadas à administração do complexo cooperativo bem como na prestação de serviços principalmente em atividades-meio e entenda-se aqui atividades-meio como aquelas não diretamente ligadas à prestação de serviços de saúde, parece ter contribuído ainda mais para manter o Sistema Unimed coordenado.

Existem outras tentativas de coordenação notadamente no campo da informação. Há correntes dentro do Sistema Unimed que gostariam de que as informações, estatísticas, dados sobre a atuação da Unimed no Brasil estivessem mais à disposição e, portanto advogam que haja um direcionamento para os Sistemas Integrados de Gestão. No entanto a marcante característica de autonomia ainda impede que essa corrente prevaleça e, portanto a Tecnologia da Informação também funciona como um elo importante de coordenação à medida que se apresenta como um orientador técnico das melhores práticas.

O que se consegue abstrair do estudo é a forma interessante como o Sistema se posiciona, apresentando cada vez mais pujança nos números, notadamente os econômicos, orientando os seus dirigentes a se tornarem mais competitivos, atualizando-se em cursos diversos relacionados à prática médica, à administração, marketing e finanças e interessando-se pelo desenvolvimento de empresas de capital para que possam atuar na direção das cooperativas cada vez mais no sentido de melhorar o desempenho e atingir viabilidade econômica.

Os temas centrais desse estudo, saúde e estratégia são bastante amplos e também complexos o que torna a abordagem, ainda que cuidadosa bastante difícil. Quando se procura focar os dois temas num mesmo trabalho é muito provável que haja déficits importantes. Assim, deve-se encarar esse trabalho como contribuição ao estudo da administração e permitir que se abram oportunidades para que os temas sejam mais profunda e amplamente abordados.

Bibliografia

AEKER, David A.; Joachimsthaler, Erich. **Como construir marcas líderes**. São Paulo: Futura, 2000

ALMEIDA, Célia .**O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama atual e tendências da Assistência Médica Suplementar**. Brasília: IPEA, 1998. Seção Textos para Discussão. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>> Acesso em 12 de março de 2002

ANSOFF, H. Igor. **Estratégia Empresarial**. São Paulo: McGraw-Hill, 1977

ÁVILA, Silvia Regina Assad de ; ÁVILA, Maria L. de .**Satisfação de usuários: Uma análise dos serviços prestados por uma cooperativa médica** . Fecap, Revista Administração On Line, Volume 2 – n. 4 –Disponível em: < http://www.fecap.br ./adm_online/adol/artigo.htm > . Acesso em 26 de agosto de 2002

BEULKE, Rolando; BERTÓ, Dalvio José . **Gestão de custos e resultados na saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres**. São Paulo: Saraiva, 2000.

BIALOSKORSKI NETO, Sigismundo (Coord.). **Governança e perspectivas do cooperativismo**. I Workshop Internacional de Tendências do Cooperativismo. Ribeirão Preto: PENSA/FUNDACE/FEARP-USP, 1998

BRASIL IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) PNAD – Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios, 2002. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br> > Acesso em 18 de Abril de 2003.

BRASIL IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Estatísticas da Saúde : Assistência Médico Sanitária (AMS)** , 2002. Disponível em :<<http://www.ibge.gov.br> >. Acesso em: 18 dez.2002

BRASIL DATASUS (Ministério da Saúde) **Página Principal** Disponível em : <<http://www.datasus.gov.br> > Acesso em 18 de abril de 2003.

BRESSAN, Flavio. **O Método do Estudo de Caso**. Revista Administração On Line, São Paulo: Vol. 1, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/adol/artigo.htm> Acesso em: 16 Dez. 2002.

CARDOSO, Eliana A. **Economia brasileira ao alcance de todos**. São Paulo: Brasiliense, 1998

CERVO, Armando Luiz.; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. São Paulo: Prentice Hall, 2002

ROSE, Marco Túlio de (Org.). **A Interferência Estatal nas Cooperativas: aspectos constitucionais, tributários, administrativos e societários**. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris Editor (Associação dos Advogados Cooperativistas), 1988

DUARTE, Cristina M. Rabelais. **UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil**. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/>. Acesso em 18 Abril.2003

FITZSIMMONS, James A.; FITZSIMMONS, Mona J.. **Administração de Serviços: Operações, Estratégia e Tecnologia de Informação**. Porto Alegre: Bookman, 2000

GALBRAITH, J.K. **O Novo Estado Industrial**. São Paulo: Nova Cultural, 1983

IRION, João Eduardo de Oliveira. **Fale como dono: Cooperativismo Médico Unimed**. São Paulo: Cartaz Editorial, 1994

_____. **Cooperativismo e Economia Social: A Prática do Cooperativismo como alternativa para uma economia centrada no trabalho e no homem**. São Paulo: STS, 1997

KOTLER, Philip. **Administração de Marketing: análise, planejamento, implementação e controle**. São Paulo: Atlas, 1998

_____. **Marketing para organizações que não visam lucro**. São Paulo: Atlas, 1978

KRAUSE, Luiz Elimar. **Avaliação de Desempenho de Cooperativas: um Estudo de Caso** . Dissertação de Mestrado (Administração de Empresas), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 1998

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos** . São Paulo: Atlas, 1992.

LOVELOCK, Christopher; WRIGHT, Lauren. **Serviços: Marketing e Gestão** . São Paulo: Saraiva, 2001

MARINHO, Alexandre; MORENO, Arlinda Barbosa ;CAVALINI, Luciana Tricai. **Avaliação Descritiva do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ipea , 2001)

MEDINA, Maria Guadalupe; AQUINO, Rosana. **Avaliação da Atenção Básica: Construindo novas ferramentas para o SUS**. Revista Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n.21, p.15-28, 2000

MELLO JORGE, Maria Helena Prado de; GOTIEB, Sabina Léa Davidson; LAURENTI, Ruy . **A Saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2001 ISBN 85-87943-06-5

NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Org). **Brasil: Radiografia da Saúde**. Campinas: Instituto de Economia Unicamp – NEPP, 2001

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS (OCB). Página de abertura disponível em :<[http:// www.ocb.org.br](http://www.ocb.org.br) >. Acesso em: 22.04.2003

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de Metodologia científica: Projetos de Pesquisas, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses**. São Paulo: Pioneira, 1997.

PEREIRA, Anísio C. **A autogestão Cooperativista** . Revista Álvares Penteado.V.2, n.4 . p.117-123, 2000

PEREIRA, Maria Isabel . **Cooperativas de trabalho: o impacto no setor de serviços**. São Paulo: Pioneira, 1999

PINHO, Diva Benevides (org.). **A empresa Cooperativa: análise social, financeira e contábil.** São Paulo: Coopercultura, 1986

_____. **O que é cooperativismo.** São Paulo: São Paulo Editora S/A, 1966

PIOLLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Sollon Magalhães (Org) . **Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde.** Brasília: IPEA, 1995

PORTER, Michael E.. **Vantagem Competitiva: Criando e sustentando um desempenho superior.** Rio de Janeiro: Campus, 1989

_____. **Estratégia competitiva: técnicas para análise de indústrias.** Rio de Janeiro: Campus, 1991

RODRIGUES, Leôncio Martins. **Trabalhadores, Sindicatos e Industrialização.** São Paulo: Brasiliense, 1974

ROSEMBUJ, Túlio. **La Empresa Cooperativa.** Barcelona: Ediciones CEAC, 1982

SCHUMPETER, J. Alois. **Teoria do Desenvolvimento Econômico: Uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico.** São Paulo: Nova Cultural, 1997

SINGER, P. **Uma utopia militante: repensando o socialismo.** Petrópolis: Vozes, 1998

SIQUEIRA, Moema Miranda de. **Estado e Burocratização da Medicina.** Belo Horizonte, Editora UFMG/PROED, 1987

UNIMED, 1998. **Constituição Unimed** São Paulo: Unimed. (mimeo.)

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

ZACARELLI, S.B. **Estratégia Moderna nas Empresas.** São Paulo: Zarco Editora, 1996

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

| | | |
|-----------------|--|-----|
| Anexo 1. | Roteiro de Entrevista com Dirigentes do Sistema Unimed | 146 |
| Anexo 2. | Roteiro de Entrevista com profissional da área de TI Informação do Sistema Unimed..... | 147 |
| Anexo 3. | Transcrição da Entrevista número 1 | 149 |
| Anexo 4. | Transcrição da entrevista número 2 | 163 |
| Anexo 5. | Transcrição da entrevista número 3 | 171 |
| Anexo 6. | Transcrição da entrevista número 4 | 182 |

Anexo 1 – Roteiro Básico das entrevistas realizadas com os Dirigentes do Sistema Unimed

1. Há completa autonomia para o estabelecimento de produtos e serviços por parte das cooperativas singulares?
Se não, como a confederação (Unimed do Brasil) fiscaliza ou rege essa questão?
2. Os preços praticados pelas cooperativas são decididos de maneira local, pelas Cooperativas singulares?
3. A capilaridade e a força da Marca Unimed são decisivas para a competitividade? Porque?
4. Como as operações de intercâmbio interferem nos resultados das cooperativas (elas são positivas ou negativas e porque?)
5. Quais os diferenciais dos produtos oferecidos pela Unimed frente aos concorrentes?
6. Há nas cooperativas um efetivo controle de custos sobre os serviços adquiridos e como se dá o controle de custos das cooperativas?
7. Como são financiadas as novas cooperativas (Capital de investimento) e como é feita a manutenção do capital de giro das cooperativas já existentes? A Unimed se utiliza de linhas de financiamento de órgãos públicos (Ministério da Saúde, BNDS, ETC) ?
8. Qual o volume aproximado de investimentos do Sistema ?
9. O seguro-saúde é um substituto para os planos de pré pagamento?
10. A Unimed é a favor ou contra, possuir recursos próprios (Hospitais, Centros de Diagnóstico etc...) – O sistema tem investido nesses recursos – De onde provém os recursos para tais investimentos?
11. A Unimed pensa em trabalhar com algumas operadoras apenas e transformar a maioria das cooperativas em prestadoras? Se sim, como se daria esse processo e quais as implicações estratégicas dessa decisão?

Anexo 2– Roteiro Básico da entrevista realizada com o profissional da área de Tecnologia da Informação do Sistema Unimed

Nome:

Há quanto tempo está no Sistema Unimed:

Cargo que Ocupa atualmente no Sistema Unimed :

Cooperativa com as quais está ligado:

1-Qual é o papel da área de Tecnologia da Informação para a integração das cooperativas?

2-Há interferência da área de Tecnologia da Informação na definição de produtos e Serviços das cooperativas?

3-Que tipo de tecnologia (Hardware e Software) são utilizados no Sistema Unimed? E eles estão totalmente integrados? (e desempenham o papel de integrar cooperativas?)

4-Qual é o papel da área de TI nas operações de intercâmbio ?

5-Que tipo de produtos ou serviços são colocados a disposição das cooperativas pela área de TI que facilitam o posicionamento frente a concorrência ?

6-Há produtos da área de TI que atendam diretamente ao médico cooperado em seu consultório? Quais?

7-O movimento da área de TI é no sentido de automatizar as cooperativas localmente ou de automação no nível global, integrado, do Sistema Unimed?

8-Qual o montante de investimentos em Tecnologia da Informação efetivado pelas cooperativas do Sistema Unimed?

9-Quais as principais dificuldades de implantação para a área de Tecnologia da Informação e quais são os principais projetos em andamento?

10-Qual é o nível máximo de automação de uma cooperativa do Sistema e como isso interfere diretamente no atendimento aos clientes?

Os *Anexos* que se seguem são as transcrições integrais das entrevistas realizadas com os profissionais que atuam no Sistema Unimed.

Um dos entrevistados é diretor de Estratégia da Unimed do Brasil, Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, organismo de 3º grau na esfera do Sistema Unimed, bastante ligado às decisões relacionadas aos aspectos administrativos e financeiros e possuidor de informações importantes a respeito desses aspectos no conglomerado e mesmo da Unimed do Brasil enquanto instituição específica.

Os outros dois entrevistados não fazem parte da diretoria da Unimed do Brasil, mas estão ligados ao Sistema Unimed como dirigentes de cooperativas. Um deles é o Diretor de Planejamento da Unimed Seguradora e Diretor Administrativo-Financeiro da Unimed Americana, uma cooperativa que atravessa uma situação de crescimento, numa das regiões mais ricas do Estado de São Paulo, a região de Campinas.

Outro entrevistado é Diretor Técnico da Unimed Seguradora, uma das empresas de capital do Sistema e membro da Unimed Belo Horizonte da qual já foi dirigente, está no Sistema Unimed há mais de 25 anos.

Foi entrevistada também a Supervisora de Tecnologia da Informação da Unimed do Brasil, profissional há mais de dezoito anos no Sistema Unimed, como empregada, com ampla visão sobre aspectos relacionados à Tecnologia da Informação podendo portanto contribuir de forma interessante para a exploração desse assunto especificamente.

Anexo 3 –

Transcrição integral da entrevista realizada com o Dr. Marcelo Noce Rocha , dirigente da Unimed, utilizada para composição da análise do tema do trabalho.

O Dr. Marcelo Noce Rocha, 53 anos é filiado à Unimed Belo Horizonte da qual já foi dirigente e também um dos fundadores. Está no Sistema Unimed desde 1978 e atualmente ocupa o posto de Diretor Técnico da Unimed Seguradora pelo segundo mandato consecutivo e é médico hematologista.

1. Há completa autonomia para o estabelecimento de produtos e serviços por parte das cooperativas singulares? Se não, como a confederação (Unimed do Brasil) fiscaliza ou rege essa questão?

É preciso resgatar um pouco o que é a cooperativa de trabalho. A cooperativa de trabalho foi criada para que houvesse a valorização do trabalho do médico. Você quer que fale um pouco do histórico?

Entrevistador: Claro, pode falar, fique à vontade.

Ela foi criada em Santos justamente para fazer uma contenção que estava iniciando por volta de 1968 quando da criação da cooperativa de Santos, e com aquele convênio que apareceu, convênio de redução do INSS que era isso. Ali o governo permitiu que contribuísse com o INPS retivesse 50% da contribuição e pudesse criar o seu serviço de atendimento médico. Isso fez com que aparecessem essas medicinas de grupo e começaram a parecer os grandes ambulatórios em que a prestação de serviços era feita sem uma identificação do paciente, era simplesmente uma fila de pessoas, com o médico atendendo muito precariamente e havia realmente uma exploração da mão de obra médica. Então a idéia da cooperativa foi justamente de não haver uma intermediação do trabalho e ela ser justamente o representante do médico perante o mercado, de saúde.

A cooperativa então passou a ter, com a criação da cooperativa de Santos ela passou a ser o representante do médico, os médicos se associavam, criavam uma empresa, uma cooperativa, são sócios da cooperativa e iam fazer a prestação do serviço com a representação comercial da cooperativa e eles prestando serviços à cooperativa. Então esse elo que existe entre a cooperativa e o cooperado é um elo fundamental societário, ou seja, o cooperado é o dono da cooperativa e, por conseguinte ele tem uma relação melhor com seu..., com o atendimento do seu beneficiário. Ela tem autonomia. Pela legislação 5764, a cooperativa tem a obrigatoriedade de ter um número mínimo de participantes, tem que seguir a legislação que não foi modificada ainda pela Constituição, ainda não houve a regulamentação da lei do cooperativismo e ela tem autonomia para defender o mercado de trabalho do médico; isso toda a cooperativa de trabalho assim o faz. E a colocação dos produtos, esse é que seria o diferencial, o estigma do sistema Cooperativista Unimed. Começou na base o movimento, ou seja, nas cidades, nas pequenas comunidades que começaram a se organizar as cooperativas criando produtos que atendessem aquele universo de pessoas, que os cooperados conheciam, então havia uma interação muito íntima do dono da cooperativa, do mercado de trabalho que poderia absorver e a qualidade do produto que ele poderia oferecer. Isso então, fez com que as cooperativas comessem a crescer no âmbito das cidades, e aí surgiu uma hierarquização do processo para que tivesse uma amplitude maior; também a bem pouco tempo atrás era o sistema de melhor hierarquização que havia no sistema cooperativista brasileiro. Então as singulares, organizadas em federações estaduais, e essas federações estaduais organizadas numa federação, que era aqui em sp, depois com a cisão... depois mais tarde se você quiser nós podemos comentar sobre isso. Então ela tem autonomia para criar o produto, ela tem autonomia para dar o preço e isso durante o... desde a criação das cooperativas até a vigência da lei 9656 que é a lei da regulamentação dos Planos de Saúde, havia completa liberdade de ação. A partir da 9656 as cooperativas tem que seguir regras, na criação de produtos, na elaboração de notas técnicas, que agora são exigidas e na elaboração do seu preço. E principalmente a partir da elaboração do preço, aprovado pela Agencia Nacional de Saúde, aí que começa o imbróglio que é justamente os reajustes de preços, para os contratos de pessoa física, e isso tem que ficar bem clarificado ele segue uma orientação governamental. Os contatos de Pessoa Jurídica é a livre negociação, é Planilha de custo e tudo mais... Então há uma liberdade e há um interesse da cooperativa em fazer o melhor preço porque normalmente elas assumem a responsabilidade pela prestação de serviços no âmbito de sua região.

Entrevistador: Então uma fiscalização só existe por parte do órgão governamental e não por parte da Unimed do Brasil, da Confederação ?

Não, uma fiscalização não, há uma hierarquização,

Entrevistador: Ela Orienta?

Há uma orientação, o organismo, a confederação ela orienta de como é que devam ser os parâmetros de produtos e tem algum suporte com relação a orientação de preços e tem também aquela relação de intercâmbio que seria justamente o cliente Unimed apesar de ser exclusivo daquela cooperativa local regional ele tem atendimento em todo o Brasil através justamente dessa hierarquização do Sistema. É chamado Intercâmbio que urgência e emergência não tem nenhuma burocracia a ser feita e ele pode ser atendido em todo o território nacional.

2. Os preços praticados pelas cooperativas são decididos de maneira local, pelas Cooperativas singulares?

Entrevistador: A segunda já está praticamente respondida, que é com relação aos preços, não é Dr.? Os preços foram locais até 2000 quando surgiu a lei aí a Agencia Nacional nos contratos de pessoa física passou a atuar de forma fiscalizadora é isso?

Até o advento da Lei, as cooperativas, bem como os Planos de prestação de Serviços de Saúde eles tinham completa autonomia e liberdade para colocar os preços, essa regulamentação foi uma coisa necessária, porque havia um certo abuso com relação aos prestadores de serviço e era muito comum a gente conhecer empresas criadas nas esquinas que tinham limitações de atendimento do cliente, muitas vezes com prazos de carência que eram a vigência do contrato, e ao término da carência não se dava atendimento, então havia aí realmente um abuso, tinha que haver uma fiscalização, mas isso não acontece com as cooperativas; as cooperativas não têm esse perfil de prestação de serviços.

Então até a vigência da lei havia completa liberdade, de criação de produtos e de preços agora, com a vigência da lei que a criação de produtos tem que passar por um órgão de regulamentação, regulamentador que é a Agência Nacional de Saúde. Então ele tem que ser um produto que atenda à necessidade do cliente e houve ainda uma extrapolação, na minha visão, da Agência Nacional de Saúde, de obrigar, não da agência nacional, a lei obrigou que a prestação de serviços fosse universal, inclusive com a abrangência de todas as patologias que existem no código internacional de doenças. Isso aí é um erro porque muitas das pessoas que contratam um plano de saúde elas tem a certeza de que não vão ter AIDS mas tem que pagar pela AIDS, elas tem certeza que não vão ter gravidez mas tem que pagar pela gravidez, então tem alguns aspectos que foram trazidos com essa abrangência que onerou mais o produto, aumentou o risco das empresas e com isso dificultou um pouco o mercado de atendimento médico.

Entrevistador: O Sr. diria que o fato da Agência Nacional interferir de forma um pouco mais rigorosa acabou prejudicando a própria relação

É porque quando foi implantada a lei ela veio de cima pra baixo, imagino que quando ela foi implantada ela sofreu modificações durante praticamente 24 meses, a medida provisória ela sofreu reformulações por um período de mais de 24 meses então a lei que foi a 9656 ela sofreu mudanças no corpo da sua redação e não se preserva mais nada, absolutamente nada ela foi completamente modificada porque a coisa veio imposta, de uma forma de cima pra baixo, sem critério adequado na minha visão e trouxe algumas dificuldades, tanto para o consumidor quanto para os prestadores de serviço, principalmente os prestadores de serviços. Imposições de regras que não deveriam acontecer, mas ela veio para... ela está aí, ainda dificulta, a forma de regulamentação da Agência Nacional de Saúde é extremamente impositiva, não é um órgão exclusivamente fiscalizador, é um órgão impositor, não sei se impositor, mas imperativo e isso muitas vezes extrapola a finalidade que atende um órgão regulamentador então isso complicou muito o mercado de saúde no Brasil.

3. A capilaridade e a força da Marca Unimed são decisivas para a competitividade? Por quê?

Eu acho que é o ponto fundamental. A marca Unimed ela é o argumento mais forte que existe no sistema Unimed, a marca em si porque como eu te falei no início ela foi alicerçada no âmbito das cooperativas singulares e aí ela foi crescendo numa convergência para uma confederação. Se a gente for fazer um prisma de comparação com as grandes empresas o que as grandes empresas são, são grandes conglomerados que tem suas filiais pulverizadas, no sistema Unimed é o contrário, são as filiais que se organizaram, então, a autonomia decisória na ponta, é aquilo que hoje o que o mercado está fazendo, aquele downsizing que a tempos atrás se ouviu, que as grandes empresas tinham que fazer, aquela autonomia, a gestão na ponta, isso daí é o início do alicerce do Sistema Unimed. Então o sistema Unimed tem uma grande força porque ele tem esse paradigma desde o seu nascedouro. E a partir de então, essa capilaridade é que faz a abrangência do sistema Unimed ser nacional. Se nós imaginarmos que nós temos algo em torno de 366 cooperativas, a abrangência delas é mais que 90% dos municípios, porque cada singular dá atendimento muitas vezes a 20 cidades circunvizinhas então dá um atendimento quase que na amplitude total do Brasil. Então a capilaridade é muito importante, o fortalecimento da marca pela organização do sistema são fatores preponderantes.

Entrevistador: O que o Sr. Acha que dá a liga, porque a Unimed continua unida ela é encarada hoje como ... o consumidor encara a Unimed hoje como uma empresa, ele não enxerga muito bem a coisa das cooperativas e tal...ao que o Sr atribui essa liga ?

À marca

Entrevistador: A Marca?

É a imagem porque essa é uma faca de dois gumes porque muitas vezes, algumas cooperativas que mostram resistência no atendimento do cliente Unimed, trazendo um prejuízo para a imagem do sistema, ela não se lembra que aquele cliente que pode vir de Rio Branco e ser atendido por São Paulo é o mesmo cliente da marca Unimed.

Se ele for mal atendido aqui, a repercussão vai ser no âmbito da marca então é o que a gente fala que é uma faca de dois gumes, porque da mesma forma que você tem a força da marca, você tem que fazer com que o cliente que tem uma fidelização ele também identifique isso como uma única entidade, porque muitas vezes na administração que a gente tem desse Brasil continental, muitas vezes algumas regiões não identificam aquele cliente como se fosse um cliente dele próprio. Identifica como se fosse de um outro local e não é, é um cliente Unimed.

4. Como as operações de intercâmbio interferem nos resultados das cooperativas (elas são positivas ou negativas e porque?)

Intercâmbio é aquilo que nós frisamos para você que o inter-relacionamento das cooperativas é permitido no âmbito Brasil, então, o cliente Unimed ele pode ser atendido em qualquer local. E você pode ter um paradoxo nisso aí . O paradoxo está com aquelas grandes Unimeds que absorvem muitas vezes o intercâmbio de pequenas Unimeds da região e ela passa a ter um crescimento da prestação de serviços e por conseguinte um crescimento da sua receita porque há uma vinculação entre o trabalho médico e a remuneração. E aquela pequena Unimed, como estou falando do paradoxo, ela deixa de ter prestação de serviços no âmbito de sua cooperativa e vai ser feito uma exportação da prestação de serviços. Então ela vai ter de pagar para a grande Unimed por aquela prestação de serviços que deveria ser no âmbito de sua cooperativa. Então normalmente, para o intercâmbio, as grandes Unimeds tem um ganho de escala relativamente grande e para as pequenas Unimeds elas tem uma perda, pela migração do seu cliente para outros grandes centros, então ela deixa de ter o atendimento no âmbito de sua cooperativa e com isso ela perde um pouco da sua remuneração, do seu trabalho. Então, o Intercâmbio existe como um paradoxo, ou seja, ele traz um benefício para aquelas que são grandes e traz um certo sacrifício para aquelas que são pequenas.

Entrevistador: E como é que as pequenas encaram isso doutor ?

Elas procuram fazer o atendimento local. É permitido pela lei que você tenha os produtos exclusivamente locais, então esse produtos fazem com que essas pequenas Unimed sobrevivam, ou seja, elas são produtos mais restritivos em que o cliente normalmente não tem condição sócio-econômica de migrar para outro ponto e ele tem um atendimento bem diferenciado no âmbito de sua região.

5. Quais os diferenciais dos produtos oferecidos pela Unimed frente aos concorrentes?

O grande diferencial é a capilaridade. O outro grande diferencial é por ser cooperativas autônomas na ponta, como eu te falei no início. Muitas vezes os grandes contratantes, as grandes empresas de prestação de serviços não tem acesso àquelas pequenas regiões, muitas vezes elas podem ter até usuários naquelas regiões, mas a Unimed ela tem um poder de concorrência muito maior; então eles não conseguem abranger aquele ponto. O que é fundamental é a capilaridade do Sistema na minha visão, que permite uma amplitude nacional para atendimento. Na concorrência o que pesa realmente é essa capilaridade.

6. Há nas cooperativas um efetivo controle de custos sobre os serviços adquiridos e como se dá o controle de custos das cooperativas?

Passou a existir. Até o advento da Lei e principalmente antes do Plano Real A cooperativa tinha uma administração um tanto quanto amadorística. Se você imaginar que a cooperativa tem que ser criada pelos médicos, são exclusivamente de médicos, porque a lei até exige que seja assim, do mesmo ramo de atividade e o médico tem de ser o dirigente da cooperativa. Então, o que acontecia antes do Plano Real é que a inflação permitia que o ganho financeiro sobrepujasse o ganho operacional. Isso não foi só experiência da área de saúde. Acho que todo o Brasil conviveu com isso e assim a cooperativa sobrevivia mesmo independente da sua atividade, que seria a prestação de serviços médicos, ser ou não rentável. Porque era justamente a inflação que permitia a administração dos planos, a remuneração dos médicos um ganho financeiro.

A partir do Plano Real Houve realmente o retorno à uma necessidade de resultados operacionais; a cooperativa então que era uma administração amadora, passou a ser uma administração profissional e buscou realmente o controle de custos, num âmbito completo, desde a prestação de serviços, a sua administração, a diminuição sensível dos custos administrativos e isso fez com que ela se posicionasse, apesar algumas cooperativas que ainda não tem, uma estrutura profissionalizada e estão passando por dificuldade, mas a grande maioria no Sistema Unimed, são estruturas de uma solidez muito grande, baseado justamente no controle de custos. Quando você comenta a respeito da contratação dos prestadores de serviços que não tem no âmbito das cooperativas, ela passa a ter um poder de barganha grande, e porque? Porque ela tem um percentual muito grande da população que contrata os seus serviços e pode ter um poder de negociação melhor diante dos prestadores de serviços não cooperados. Principalmente no interior, porque nas grandes capitais você sabe que a concorrência é muito grande e nas grandes capitais as cooperativas sofrem a concorrência das grandes empresas. Essas grandes empresas tem um poder de força muito grande baseado no capital e a cooperativa não tem a visão do capital; a própria cooperativa tem a visão realmente do trabalho e aí com relação ao capital, os grandes centros as cooperativas que estão sofrendo essa concorrência tem uma dificuldade negocial maior.

Entrevistador: Mas mesmo nas grandes capitais as Unimeds estão bem frente a concorrência, vamos pensar no Rio de Janeiro por exemplo. Hoje a Unimed Rio é uma das maiores Unimeds do Sistema e é uma grande capital, mesmo assim a Unimed tem força, mesmo nas grandes capitais.

Tem baseado justamente no seu nome, na prestação de serviços que como eu te falei o médico é o dono então tem uma diferenciação na prestação de serviços. Com relação à contratação dos recursos, que você enfocou é que há uma dificuldade porque os demais concorrentes eles usam o seu capital para baixar o preço, para contratação daqueles melhores recursos, então, eles tem um poder de barganha maior porque tem uma estrutura de capital mais solidificada do que uma cooperativa. Mas com relação ao posicionamento da cooperativa nas grandes capitais, BH, Porto Alegre, Rio de Janeiro, SP com a Unimed Paulistana aqui tem uma força muito grande, principalmente vinculada ao nome Unimed.

7. Como são financiadas as novas cooperativas (Capital de investimento) e como é feita a manutenção do capital de giro das cooperativas já existentes? A Unimed se utiliza de linhas de financiamento de órgãos públicos (Ministério da Saúde, BNDS, ETC) ?

Aí é que o grande diferencial entre a cooperativa e uma empresa capitalista, a cooperativa até bem pouco tempo atrás ela só tinha investimentos a partir dos seus cooperados, com a quota parte que é obrigatória para você comprar a sua parte na sociedade, a quota-parte simplesmente sem muito significado, eram muito pequenas porque o que é o embasamento da cooperativa é o trabalho do médico cooperado, então a evolução do dinheiro dentro da cooperativa é vinculado ao trabalho do médico cooperado em prol da cooperativa. Então ela não tem um capital. Agora com a legislação é que as cooperativas, também dentro de um prazo de tempo curto, elas vão ter de ter uma estrutura de capital, porque elas vão funcionar e funcionam com uma função de risco, ou seja, elas serão gestoras de risco, quando você coloca um produto de saúde a venda é que aquela pessoa que comprou o produto ela pode precisar da utilização desse produto se tiver algum infortúnio, algum problema de saúde; isso aí é justamente uma gestão de risco; ela tem de ter a cooperativa atualmente e no futuro próximo ela vai ter de ter uma solidificação da parte patrimonial, ou seja, do dinheiro que circula aqui, para dar garantia num infortúnio de quem contratou. No passado as cooperativas de trabalho elas tinham uma quota parte muito pequena e o dinheiro que entrava era justamente da contratação dos planos de saúde, as pessoas compravam os planos de saúde, o dinheiro vinha para a cooperativa, a cooperativa fazia a gestão o dinheiro, administrando o risco, coisa que eles não tinham conhecimento do que era, administrando a gestão da prestação do serviço e as sobras eram distribuídas para os cooperados e essa é finalidade da cooperativa. Hoje a gente já vê, de uns anos para cá que essas sobras dos resultados elas tem que ser incorporadas ao patrimônio para dar uma sustentação de capital à cooperativa para assumir riscos.

Entrevistador: E aí são os fundos?

São os fundos que existem dentro da cooperativa para a solidificação da sua estrutura financeira. Com a utilização de recursos de terceiros para administração das cooperativas existe simplesmente com relação ao caixa , que é o dia a dia, o fluxo de caixa, do capital de giro.

A utilização de empréstimo de fomento BNDES muitas vezes se utiliza para a criação de recursos próprios, então buscam no mercado empréstimo para recursos próprios. Quem são os responsáveis por esse dinheiro? Os cooperados, porque todos eles são sócios da cooperativa então quando se tem algum problema econômico financeiro na cooperativa é de co-responsabilidade dos cooperados; eles tem de comparecer, se o resultado é positivo distribuído pelos cooperados, se é negativo eles tem de colocar capital. Até hoje nunca houve uma necessidade de aporte de capital mas simplesmente não haver a distribuição de sobras que incorporam ao capital. Hoje algumas cooperativas estão fazendo chamada de capital dos cooperados para Ter uma estrutura de capital. Então aquilo que era uma coisa de pequena monta, que era a quota parte nas cooperativa, hoje já tem um valor mais alto porque as cooperativas tem se estruturado com ajuste econômico financeiro

Entrevistador: E os sócios aceitam bem essa bem essa chamada de capital?

Sempre é difícil, mas o que se observa que as cooperativas médicas hoje, elas funcionam com a maior parcela para remuneração dos seus cooperados, no âmbito da sua atividade médica. Então na maioria das cooperativas, a Unimed é a principal provedora de recursos para os seus cooperados através do trabalho. Então quando ele vê que está havendo um retorno, fica mais fácil a chamada de capital, o aumento da quota parte. Mas não é um trabalho fácil não.

Entrevistador: Eles ganham na escala não é doutor ?

É. O que acontece na prestação de serviço, quanto mais você participa da cooperativa, maior vai ser a sua participação nos resultados, positivos ou negativos. Então se você tem uma participação grande, você vai participar dos resultados na proporção de sua atividade de trabalho. Então essa proporção ela vai se incorporar no valor de sua quota parte, ou seja se você é um grande prestador de serviços para sua cooperativa e aquele resultado da cooperativa não foi distribuído ele se incorpora ao capital da cooperativa na proporção de seu trabalho. Então você passa a Ter uma maior participação mesmo porque em cooperativa isso não tem muito significado. Porque nas cooperativas a característica que cada cabeça um voto. Mesmo que você tenha uma participação maior do ponto de vista financeiro, a sua importância na cooperativa é sempre de um.

Entrevistador: Mas aí, se ele deixa a cooperativa ela faz uma retirada de quotas parte na medida daquilo que ele tinha?

Isso; daí seria a participação que ele tem

Entrevistador: Essa coisa de quanto mais participação mais dinheiro ele vai colocando no que seria a quota parte, é independente do que ele recebe na contraprestação do trabalho, não é doutor?

Mas é isso aí é que é a vinculação direta, ou seja, se você durante o exercício trabalhou mais para a cooperativa, você ao final do exercício, se houver sobra, você vai Ter uma maior participação na sobra. É de acordo com aquilo que você participou. Então você trabalhando mais com a cooperativa, você vai Ter mais retorno também, na eficiência da administração dela. Você vai Ter maior participação nos resultados.

8. Qual o volume aproximado de investimentos do Sistema ?

Muitas cooperativas estão pagando recursos próprios, muitas cooperativas tem feito investimentos em sistemas, em estruturas organizacionais, tem feito muita coisa. É uma empresa, que se você imaginar que o faturamento gira em torno de 5 bilhões/ano, de todas as cooperativas percentual, você pode extrapolar o que seria um percentual do âmbito total, algo muito significativo.

9. O seguro-saúde é um substituto para os planos de pré pagamento?

Não. Acredito que o seguro saúde, principalmente no papel da Unimed Seguradora, é de complementaridade aos planos de saúde das Unimed's porque complementaridade, porque o seguro saúde tem atualmente um perfil muito semelhante ao plano de saúde; o que os diferencia basicamente é a possibilidade de reembolso; esse que o ponto fundamental de diferença e também a possibilidade de atendimento no exterior.

O Sistema Unimed como você já está sabendo ele tem uma abrangência loco-regional na prestação desse atendimento aos seus usuários e muitas vezes a grande maioria dos contratantes são de empresas que contratam. Você tem uma proporcionalidade, que acredito hoje, de 30% de pessoas físicas e 70% de planos coletivos Pessoas Jurídicas . Esse planos coletivos muitas vezes tem o atendimento daquele operário e o atendimento de seus dirigentes por uma outra qualidade de produto e aí que entra o produto da seguradora. Então seguro saúde e o Plano de Saúde hoje tornou-se praticamente um commodity. A única diferença entre um e outro é a possibilidade de reembolso e talvez em alguns planos de saúde você tenha também e a possibilidade de atendimento fora do âmbito nacional que alguns planos de saúde também tem.

10. A Unimed é a favor ou contra, possuir recursos próprios (Hospitais, Centros de Diagnóstico etc...) – O sistema tem investido nesses recursos – De onde provém os recursos para tais investimentos?

É uma política ter relacionamento com hospitais, centro de referência em diagnóstico laboratórios, centros de imagem, radiologia, tomografia, ressonância magnética pra justamente haver uma composição de custo mais adequada a realidade da cooperativa. Algumas cooperativas principalmente nos grandes centros não visualizam isso como importante porque tem muitos prestadores de serviços com qualidade e ótima qualidade, que se fosse que Ter que ser criado pela cooperativa ela teria que Ter um alto investimento para acompanhar aquelas centros referenciados. Então é muito frequente no âmbito das cooperativas de interior, pequenas cooperativas, a criação dessas estruturas ou mesmo elas fazendo parcerias com esses prestadores, em que fazem investimento em áreas para poder fazer diferenciação para o sistema Unimed. Então há muito investimento em recursos próprios no sistema e é uma orientação do corpo da Unimed, do seu interesse político.

11. A Unimed pensa em trabalhar com algumas operadoras apenas e transformar a maioria das cooperativas em prestadoras? Se sim, como se daria esse processo e quais as implicações estratégicas dessa decisão?

O Sistema Unimed vai ter que passar por uma reestruturação muito importante. Pelas exigências do mercado, pelas exigências da política econômica e financeira do governo, porque as pequenas cooperativas hoje elas... vai ficar muito dificultada a sua sobrevivência. Então o sistema Unimed na minha opinião vai Ter que passar por uma reformulação como no mundo inteiro já aconteceu no sistema cooperativo. Há muitos anos atrás há uns doze quinze anos, o sistema cooperativo de credito na Holanda ele teve que fazer uma fusa no sistema porque pequenas cooperativas não estavam sendo eficientes e então fizeram fusões e incorporações para diminuir essa necessidade de capital para que pudesse ser eficiente. Essa e uma experiência que em todo mundo esta acontecendo. Então no sistema Unimed essas fusões e incorporações também devam acontecer. Nas pequenas cooperativas vão Ter que se organizar em alguma estrutura central e essa estrutura central ser aquela que tenha a potencialidade de criar produtos, de administrar produtos, e as pequenas seriam prestadoras dessa estrutura central. É uma discussão que vai, provavelmente, nos próximos meses, ser necessária na cúpula do sistema e as cooperativas vão ter que amadurecer isso, porque senão eles vão perder o aspecto eficiência e o aspecto da necessidade de capital coisa que eles não vão Ter a possibilidade de ter e com isso não vão poder assumir riscos que e exigência da lei par que eles possam vender planos de saúde.

Entrevistador: Essa exigência da lei é alguma coisa parecida com que a seguradora tem de ter uma margem de solvência?

Isso mesmo. Porque como eu te falei as Unimeds nada mais são gestoras de risco, ou seja a pessoa que procura a Unimed ela está procurando para necessidade futura e isso é u risco. Então para que você Unimed possa garantir esse risco, você tem que ter uma estrutura patrimonial que permita a você assumir aquele risco. Então se você não tiver essa estrutura não há como você poder gerenciar isso aos olhos da legislação. Através dessa fusão e incorporação, as cooperativas podem cada vez mais se tornarem mais fortes que aí haveria uma conjunção de interesses e também de investimentos numa estrutura que poderia ter uma condição de ter uma alavancagem de vendas, uma estrutura econômica financeira, mais eficiente.

Entrevistador: O sr acha que a gente vai Ter que evoluir para um esquema mais empresarial ?

Isso, não tenha dúvida,

Entrevistador: Mantendo talvez o esquema de cooperativas pela própria autonomia ?

Isso, a decisão na ponta, a importância da participação dos cooperados; mas em termos da assunção de risco elas vão ter de transferir isso para uma estrutura que tenha capacidade financeira. Isso eu acredito que seja nessas regiões a junção das cooperativas formando centrais, seja o que for o nome (federações) que possam assumir esse risco e em contrapartida as pequenas Unimed's serem as prestadoras de serviços.

Entrevistador: O sr. Acha que a Unicred participaria desse esquema de capitalização?

Não, a Unicred ela tem uma estrutura, por exigência legal, de não poder participar do ponto de vista econômico-financeiro em outras atividades a não ser que seja controladora do processo. Então as Unicreds elas poderiam, em associação às Unimed's de poder dar sustentação econômica e financeira naquilo que é gestão financeira das cooperativas, ou seja, serem administradores financeiros das cooperativas, isso eu acredito que sim. A participação seria na eficiência da administração financeira. Agora como sócios etc... aí eles não podem, pois há um impedimento legal.

Anexo 4 –

Transcrição integral da entrevista realizadas com o Dr. Rafael Moliterno Neto, dirigente da Unimed Americana (Vice Presidente) e Diretor de Planejamento da Unimed Seguradora, utilizada para composição da análise do tema.

O Dr. Rafael Moliterno Neto, 48 anos é membro da Unimed Americana e Santa Bárbara D'Oeste da qual é vice presidente e onde já foi também presidente. Além disso, é Diretor de Planejamento da Unimed Seguradora, Vice-Presidente do Conselho de Curadores da Fundação Unimed e Presidente da Federação Bandeirantes, que conglomeram Unimeds do estado de S.Paulo, notadamente as do interior; é médico otorrinolaringologista.

1. Há completa autonomia para o estabelecimento de produtos e serviços por parte das cooperativas singulares? Se não, como a confederação (Unimed do Brasil) fiscaliza ou rege essa questão?

Existe uma autonomia, mas não total. Por exemplo, gente tem já um manual de marca, então a questão da imagem do produto ela tem que estar já sendo trabalhada em cima do critério de marca Unimed, então o produto em si você tem condições de trabalhar com seu público específico mas ele tem que estar dentro de um padrão Unimed de Imagem.

Entrevistador: E que fiscaliza isso Dr? Quem que dá essas orientações?

Essa fiscalização é o papel da Unimed do Brasil, que a Unimed do Brasil hoje tem um papel político institucional, então ela não só determina a imagem num todo da Unimed, como também faz todo o trabalho de representação institucional frente aos órgãos governamentais ao mercado...

2. Os preços praticados pelas cooperativas são decididos de maneira local, pelas Cooperativas singulares?

A questão de precificação normalmente consta às singulares que são as cooperativas de primeiro grau, elas são regionais, geralmente elas tem cálculos atuariais específicos para o local, já levando em consideração também o intercâmbio nacional.

Então a precificação normalmente, para os planos regionais, são feitas com total liberdade pela Unimed local. Ela tem um cálculo do custo dela no intercâmbio então ela faz o cálculo do custo local, mais o custo do intercâmbio e determina o preço do produto.

3. A capilaridade e a força da Marca Unimed são decisivas para a competitividade? Porque?

Olha, eu acho que em todas as pesquisas quantitativas que eu vi aí no Sistema Unimed e qualitativas com os grandes contratantes de empresas que tem em vários locais no Brasil dizem que o ponto forte da Unimed é a capilaridade. Eu acredito que hoje a força do Sistema está na capilaridade. Não só na rede de credenciados mas na extensão geográfica que ela ocupa hoje no Brasil. Isso é fundamental. Para mim ele um papel preponderante.

Entrevistador: Ele é mais forte que a marca na sua opinião?

Olha se não for mais forte ela tem um papel muito próximo da marca. Eu acho que se confunde um pouco. A marca Unimed para mim hoje é sinônimo de capilaridade.

4. Como as operações de intercâmbio interferem nos resultados das cooperativas (elas são positivas ou negativas e porque?)

Hoje a gente tem no Sistema o que a gente chama de Unimeds Exportadoras e Unimeds Importadoras. As Unimeds exportadoras são as Unimeds normalmente de menor porte, que na área de ação tem recursos de menor complexidade e por isso elas encaminham para as Unimeds de grandes centros, que são as Unimeds importadoras.

Normalmente então, as pequenas Unimed's têm uma conta negativa no intercâmbio e as grandes têm uma conta positiva, o que torna uma relação perversa porque na realidade a cooperativa menor é a que tem menor capacidade de assumir risco e ela é onerada pelo intercâmbio com tabelas muito maiores, que são tabelas de Unimed's de capitais e que tem os recursos de maior complexidade.

Entrevistador: E qual seria a solução para essa relação perversa?

Eu não vejo que é uma relação perversa porque existe uma imposição de umas sobre as outras; é mercado é uma relação perversa de mercado. Se existe uma solução... eu acho que os planos tem que ser muito bem trabalhados atuarialmente para suportar esse tipo de risco e a solução é o seguro garantidor que é uma política da seguradora. Essas pequenas Unimed's elas assumem o risco até o seu potencial, daí pra frente repassa para a seguradora que funciona como um grande guarda-chuva.. A idéia é um auto seguro, que na realidade é o próprio garantidor que a gente só vende dentro do Sistema Unimed, que é o único produto no mercado que existe com esse tipo de perfil.

5. Quais os diferenciais dos produtos oferecidos pela Unimed frente aos concorrentes?

Eu acho quem aí a gente tem analisar sobre vários pontos. Concorrentes de planos de saúde você tem uma série de serviços no mercado, o camarada quando vai contratar um plano de saúde ele também pode estar pensando num plano de previdência, pode tar pensando num seguro de vida. Hoje o que eu vejo no mercado, o que se gasta com plano de saúde, corresponde a 10,3% a 10,4% do orçamento familiar. Os planos de saúde na realidade eles competem entre si e as seguradoras são players no mercado, quer dizer, no caso da Unimed, a Unimed tem o Seguro saúde e os Planos de Saúde dentro da Unimed existe uma complementaridade. Normalmente a maioria dos funcionários da fábrica tem um Plano de Saúde e a diretoria, gerencia, supervisão tem um seguro-saúde que é um diferencial ; então no sistema Unimed eles são complementares, mas no mercado são players normais quer dizer o seguro saúde concorre com operadora de saúde.

Entrevistador: E qual o diferencial da Unimed frente aos concorrentes?

Depois que apareceu a 9.656 plano de saúde virou commodity. Eu volto a dizer que o diferencial da Unimed é a rede de capilaridade esse é o principal e alguns tipos de diferenciais que se cria para o produto, de repente a gente usa até a própria seguradora para criar diferenciais como Auxílio Funeral, Seguro de Vida, PEA da Unimed do Brasil, que são 5 anos de Plano de Saúde para a família em caso de morte ou invalidez permanente do principal usuário.

Então a gente procura criar diferenciais que o mercado pelo seu lado também tem. A questão é que o escopo do contrato do Plano de Saúde é igual para todos. E hoje é muito complicado ou você joga esses diferenciais dentro do preço do seu produto ou a própria ANS considera venda casada e te autua. Ou você arca com isso dentro do seu produto ou vende separado, mas com preços interessantes que gerem uma sensação de valor para quem está comprando.

6. Há nas cooperativas um efetivo controle de custos sobre os serviços adquiridos e como se dá o controle de custos das cooperativas?

O que eu posso dizer é da minha. Na minha a gente tem Planejamento Estratégico, tem Budget de cada área, tem controle operacional de tudo, a gente tem uma série de pacotes com os hospitais, nós temos auditoria pré-cirúrgica, pré-procedimento, nos temos auditoria hospitalar, que hoje está partindo mais, não com espírito de auditoria, mas de um controle de qualidade. Então nós temos reuniões das especialidades para desenvolver protocolos por patologia, nós temos índice de solicitação de exames auto gerados. Isso tudo a gente tem dentro do sistema da cooperativa, que é o sistema de informática. E agora nós estamos trabalhando em cima de indicadores gerenciais que vão nos dar automaticamente, na periodicidade que a gente quer que seja, um tipo de um BI um Business Intelligence, para que nos coloque todos esses parâmetros de uma maneira mais coordenada, padronizada em termos de tempo, mas nós temos um controle total dos custos da cooperativa hoje.

E isso sem dúvida é um diferencial. Quando eu vou fazer uma alteração de preço eu sei quantos usuários tenho, qual a receita, qual a despesa, qual a minha VA dos últimos cinco anos, de cada apólice, de cada grupo de usuários que eu tenho na minha cooperativa. Eu puxo no sistema e vejo quanto eu posso, quanto é que eu tenho que jogar de reajuste e o que é melhor para mim, jogar uma co-participação, aumentar o prêmio, jogar uma cláusula de compartilhar excesso de sinistralidade, com todos esses dados eu tenho condições de saber o que é melhor para mim.

7. Como são financiadas as novas cooperativas (Capital de investimento) e como é feita a manutenção do capital de giro das cooperativas já existentes? A Unimed se utiliza de linhas de financiamento de órgãos públicos (Ministério da Saúde, BNDS, ETC) ?

O hospital de Americana foi auto financiado. Nós não fizemos nenhum tipo de empréstimo. Nós tínhamos uma sobra de capital que em vez de ratear entre os cooperados a gente investiu no Hospital. Quando a gente comprou o hospital a gente tinha dinheiro para comprar ele em cash. Só que pelas características do negócio a gente preferiu alongar isso, mas foi um auto financiamento; como eu estava comprando não só o hospital mas estava comprando uma medicina de grupo, então era uma pessoa jurídica já constituída a muitos anos, eu tinha um passivo oculto que poderia aparecer. Então eu fiz uma avaliação com a Price Haterhouse, com meu departamento Jurídico e com o próprio Departamento de Recursos Próprios na época da Unimed do Brasil, que seria mais interessante como pagar esse tipo de recurso. Nós chegamos a conclusão que a gente tinha que pagar em cinco anos. Nós fizemos um autofinanciamento; usamos uma parte dessa sobra que a gente já tinha constituído e mais a sobra do ano para pagar e hoje ele já está quitado. Isso foi um tipo de financiamento. Hoje nós temos o Hospital, temos o Hospital dia, que nós compramos todo o material cirúrgico, tudo, todo o mobiliário do hospital, só que nós arrendamos o espaço físico que é da Fundação Romi, que é das Industrias Romi de Santa Bárbara. Temos um PA em Santa Bárbara do Oeste que compramos cash o imóvel e reformamos e montamos com recursos próprios e agora nós estamos promovendo uma ampliação do Hospital em Americana de 40 para 80 leitos e agora sim nós estamos fazendo com recursos muito provavelmente do BNDES.

Na realidade é a primeira vez que nós estamos indo a um órgão de financiamento para comprar alguma coisa. E comparamos um laboratório de análise esse ano mas ele foi auto-financiado. No sistema você tem desde financiamento em banco normal, cooperfat que é uma linha específica para os cooperados, que seriam os avalistas da cooperativa para montar qualquer tipo de recurso próprio até o autofinanciamento. Isso eu vejo no Brasil porque tem várias formas, inclusive até os cooperados capitalizando... em quotas. Em algumas singulares você tem hospitais de singulares que não são de todos os cooperados são de alguns que capitalizaram. Tem uma miscelânea brava.

No nosso caso a gente constituiu uma “participações”, uma empresa de investimento, na qual a Unimed é sócia e todos os cooperados são sócios. Como eu fiz? Fiz isso via rateio de sobras então cada cooperado tem proporcionalmente ao rateio de sobras, quotas no hospital. E tem todo um estatuto social onde ele não pode vender para quem não seja médico da cooperativa essa quota, ou ela vem para o médico ou para a própria cooperativa. Sendo que a primeira opção que ele tem é a cooperativa. Isso na realidade é um pecúlio como era uma geração de construção, porque nós compramos tudo isso aí laboratório, sede etc, nada mais justo que a gente constituísse essa participações e quem entra hoje como cooperado na cooperativa tem que entrar na participações, tem que pagar quota de capital da cooperativa e quota de capital da participações. Porque automaticamente ele se transforma em sócio. Isso me gera um fundo de investimento contínuo.

8. Qual o volume aproximado de investimentos do Sistema ?

Ah, eu não faço idéia, mas é alguma coisa muito grande, muito representativa.

9. O seguro-saúde é um substituto para os planos de pré pagamento?

O seguro saúde, principalmente no caso das Unimed é complementar aos Planos de Pré Pagamento, das cooperativas.

10. A Unimed é a favor ou contra, possuir recursos próprios (Hospitais, Centros de Diagnóstico etc...) – O sistema tem investido nesses recursos – De onde provém os recursos para tais investimentos?

Eu acho que a questão não é ser grande ou pequena a Unimed, eu acho que falta um pouco a visão do mercado; o mercado que te diz se você tem que ter ou não Ter recursos próprios. Como é que a gente começou com essa história de Recursos Próprios em Americana? Americana fez uma pesquisa de mercado. Eu tinha consciência de que eu tinha que Ter um recurso próprio porque, os dois grandes hospitais que me prestavam serviços, os dois eram de medicina de grupo, e eu como tomador de serviços não tinha o meu. Eu sabia estrategicamente que se os dois se unissem, a gente ia quebrar, eu quebrava.

Aí eu fiz uma pesquisa de mercado para saber se eu construía, se eu comprava e qual era o recurso próprio mais interessante para mim na época. A questão então é mercadológica de cada singular. Eu particularmente acho que mesmo nas grandes capitais você diz, não eu não vou comprar porque eu tenho fornecedores. Porque que eu não posso ter um meu continuar com os meus fornecedores; eu não preciso ter um mercado inteiro no meu hospital. Em Americana eu não tenho. Eu tenho 40% das minhas internações no meu hospital. Só que é o seguinte: eu sei o custo hospitalar, eu balizo o preço do mercado então eu ganho em poder de negociação porque eu tenho dados e balizo o mercado. Eu tenho condições de descredenciar, se eu precisar descredenciar um eu descredencio um e fico só com o outro. Então eu quebrei o lobbie, então é uma questão estratégica. Depois, em Sta. Bárbara eu precisava de um PA; o que é importante numa operadora é você ter porta de entrada própria. Então eu tenho PA em Americana e em Santa Bárbara e só eles são portas nossas; então eu evito uma série de gastos desnecessários, que hoje comprovadamente existem nos prontos atendimentos. Então muita gente opta por montar um recurso pré-hospitalar, não, eu montei uma porta de entrada e os meus usuários só podem entrar lá. Com isso eu reduzi o meu custo de Pronto Atendimento uma barbaridade. Eu ganhei o custo fixo só que o meu aleatório ficou desse tamanho.

E quem atende no PA são os cooperados que fizeram uma série de cursos para atender em urgência. O laboratório dentro de um parêntesis também era um de meus grandes custos, por isso que agora eu comprei o laboratório, por isso eu reduzi o custo variável, hoje é um custo fixo e no primeiro, segundo mês já começou a gerar receita, está se pagando, o autofinanciamento só resultado dele paga ele. Então eu acho que a questão é de mercado. Se você está num lugar que o laboratório é barato, para que compra um laboratório? Se eu fosse um dirigente de capital independente de ter uma série de prestadores bons, eu teria o meu para balizar.

11. A Unimed pensa em trabalhar com algumas operadoras apenas e transformar a maioria das cooperativas em prestadoras? Se sim, como se daria esse processo e quais as implicações estratégicas dessa decisão?

Eu acho que essa é a saída. Não sei se isso vai se concretizar. Eu acho que a saída para o Sistema é em algumas regiões onde você tenha Unimeds médias e pequenas, criarem operadoras regionais das quais elas são sócias e ao mesmo tempo prestadoras.

Com isso você reduz o custo fixo e mantém a capilaridade. Para mim esse é grande desenho. É obvio que aqui tem um imbróglgio político grande, de perda de poder das singulares, mas eu acho que essa é a grande saída do Sistema. Você cria uma operadora regional, mantém a estrutura local e com isso você mantém a capilaridade do sistema só que com uma redução de custo importantíssima na área operacional interna, na área administrativa interna. Você pode até manter a área de negócios e marketing até padronizada lá na ponta nas várias singulares, mas o operacional o contábil financeiro, o RH tudo aqui centralizado. As Unimeds além de ser um pólo de prestação de serviços, controlar todo o pagamento de cooperados etc, seria o escritório dessa operadora lá na ponta. Para mim esse é o desenho perfeito. Agora do perfeito para o que a gente vai conseguir vai um espaço muito grande. Vai ter que ser um negócio muito bem estudado.

Anexo 5 –

Transcrição integral da entrevista realizadas com o Dr. Arnaldo Silvestre Mallmann, dirigente da Unimed, utilizada para composição da análise do tema do trabalho.

O Dr. Arnaldo Silvestre Mallmann é Diretor de Administração Estratégica da Unimed do Brasil (Confederação Nacional), foi um dos pioneiros da Unimed Porto Alegre, da qual ainda é médico cooperado; atua no no Sistema Unimed há 30 anos é médico anestesista.

1. Há completa autonomia para o estabelecimento de produtos, serviços e preços por parte das cooperativas singulares?

Existe uma autonomia, porém hoje essa autonomia ela passa por um processo de relacionamento de integração dentro do Sistema Unimed porque os produtos têm que ter muita analogia e semelhança de cooperativa para cooperativa e além do mais existe também o monitoramento da Agência Nacional que regula os Planos de Saúde das cooperativas, então é necessário que haja padrões e tipos de planos pré aprovados pela ANS, desde um atendimento ambulatorial, de consultório, passando pelos serviços complementares e indo às internações e pegando a parte médico assistencial hospitalar como um todo.

Entrevistador: Mas aí a confederação ela faz algum tipo de ...

A Confederação ela tem comitês, o comitê mais importante que atua nessa área aí é o comitê de Intercâmbio, que se vai falar com o João depois. Nesse comitê de intercâmbio são discutidas as questões de como fluir o atendimento de uma cooperativa que fez um contrato com uma determinada família ou uma determinada empresa numa determinada localidade e como serão os seus usuários atendidos quando em trânsito, ou quando moradores em extensão em outras localidades. Então esse processo é normatizado através de uma manual único de Intercâmbio, apesar de algumas dificuldades no processo político-associativo esse Manual de Intercâmbio ele tem aceitação tranqüila e pacífica de todas as regiões do país. Senão seria inviável a convivência no trânsito do atendimento dos usuários de um lugar para outro.

2. Como são coordenadas as ações estratégicas para um Sistema tão grande quanto o Sistema Unimed?

No campo estratégico você tem uma série de ações que passam por discussões também com os representantes regionais; através de comitês que são criados então nós temos um perfil nessa área sobre a parte de informática, sobre as questões que dizem respeito às ações de defesa jurídica; à montagem do universo contábil das nossas cooperativas que de todo ele é discutido por técnicos do próprio Sistema, através desses comitês que eu te falei, para se criarem aí normativos que sirvam de orientação para todas as nossas Unimeds. Então a Unimed do Brasil cumpre essas funções, essas finalidades; além do mais na parte de comunicação, na parte de Marketing, na parte de outras iniciativas que são tomadas em termos de responsabilidade social, ações estratégicas políticas; não quero me estender aqui a uma extrapolação de lobbie político, mas é necessário hoje você ter atenções voltadas principalmente às áreas de comando do país, para que aqueles representantes que estejam envolvidos com o cooperativismo como um todo e também seletivamente dentro do cooperativismo como um todo envolvidos com os interesses do cooperativismo voltados para área da saúde, que haja lá representantes que possam acolher as nossas demandas, os nossos propósitos, no sentido de atingirmos alguma modificação de alguma lei, alguma regulamentação em relação a uma lei de forma tal que as Unimeds consigam, entendeu, também procurar o seu caminho da sobrevivência, em que hoje ele é muito difícil; porque em parte nos temos uma legislação muito severa da ANS e também temos uma interpretação do sistema tributário do país que não compreende a relação do ato cooperativo, ou seja, de todas as ações que são exercidas de uma Unimed enquanto cooperativa com os seus cooperados naquela forma do ato cooperativo; em que ele é muito tributado hoje, quer pelas prefeituras, quer pelos estados e quer pelo próprio governo federal, através da Receita Federal, através da Previdência Social.

3. Como o Sr. vê a Unimed frente a concorrência hoje e quais os principais problemas a serem enfrentados?

Hoje o que nós temos no circuito dena medicina supletiva o sistema Unimed que é um sistema cooperativo, que atende uma população aproximada de 10, 11 milhões de pessoas; temos um sistema de medicina de grupo, que são esse somatório todo de clínicas e policlínicas que são operadoras de planos de saúde, tem seus planos de saúde pequenos, regionais ou às vezes maiores. Você pode citar a Interclínicas, a Medial, as policlínicas Amesp, Samcil, Amil e tudo mais, que representam um contingente tanto quanto das Unimeds, se somado. Depois do contingente maior das auto-gestões, que são daquelas grandes empresas, principalmente estatais, que possuem planos próprios para os seus funcionários, tudo atuando dentro da medicina supletiva. Além do mais você encontra ainda as seguradoras, o Bradesco, Itaú, houve uma época em que o Bamerindus tinha um plano que depois eu não sei se ele foi incorporado pelo HSBC... então esse somatório todo da população tem em torno de 40 milhões de pessoas. Nós temos aí um contingente aproximado de 25% dessa população de cidadãos, de famílias, funcionários, empregados que usam o plano de saúde do sistema supletivo privado. Só que esses 40 milhões de pessoas representam não mais que 20%. O Estado ainda dá uma atenção a 82, 83 milhões do sistema de livre escolha e mais uns 30 e poucos milhões de brasileiros que estão completamente excluídos, que nem ao SUS chegam. É a sociedade completamente periférica, marginal que está à derivada de qualquer tipo de atenção, às vezes nem sequer a medicina preventiva estabelecida pelo Ministério da Saúde não consegue alcançar. Então nós estamos hoje comprimidos atuando dentro de um mercado muito estreito, que já está saturado, ou seja, dessa pirâmide aquela faixa de 20% da população consegue comprar plano de saúde, tem uma pontinha final lá em cima que não precisa de plano de saúde, faz um seguro de reembolso ou paga suas contas quando precisar; é um número ínfimo este aí. Agora à parte que vem depois, abaixo desses 20% começa a compor o SUS e aquela base marginal da população brasileira. Então nós hoje estamos acotovelados dentro desse nicho, realmente nós estamos concorrendo com seguradoras, com a medicina de grupo, que são os nossos concorrentes, em que flui ora por vezes usuários de uma para outra área das cooperativas, do setor deles para o nosso, mas se encontra mais ou menos estabilizado.

Quer dizer, ninguém hoje pode dentro desta área , nem desse setor que possa haver uma expansão grande, porque a verdade econômica do país não permite que as pessoas, a população possa comprar plano de saúde. Existe ainda aí um nicho escondido, entendeu, da economia informal, de pessoas que vivem da economia informal que poderiam comprar planos de saúde, que pode ser explorado. Então a parte mais defensiva hoje do sistema Unimed é criar táticas ou estratégias no sentido de não perder usuários; nós estamos mais para garantir, para manter os nossos usuários do que para avançar dentro do mercado.

Entrevistador: E quais são as principais?

Principalmente em função desse potencial que já está esgotado. E à medida que os clientes ficam mais tempo com as suas operadoras elas vão criando um relacionamento que começa a ficar quase que continuado, perpetuado acostumando-se a um estilo, se bem que nós temos uma parte forte da concorrência hoje, em relação à concorrência que é a nossa rede de atendimento, que são as 360 Unimeds, 360 cooperativas, quem estaria mais próximo de uma rede de atendimento do Sistema Unimed é o Bradesco, porque o faz através de suas agências que ficam pontilhando pelo Brasil todo. Mas fora isso aí dificilmente uma organização tem condições de ter tal abrangência em termos geográficos e também em termos de comprometimento de médicos e instituições hospitalares e laboratórios para poder oferecer uma concorrência forte pras Unimeds.

Entrevistador: Além desse diferencial que é um diferencial importante, que é a capilaridade, qual outro diferencial para manter esses clientes, que o sistema mais utiliza?

Dentro da gama de médicos que fazem parte quando nos falamos de livre escolha, livre escolha dos médicos que compõem a rede do sistema Unimed que são 90 mil médicos. Encontrar uma outra estrutura que tenha a quantidade de profissionais que possam ser acessados, então, o componente principal para nós, entendeu, não são as estruturas operacionais que nós possuímos administrativas, é o somatório dessa quantidade de consultórios médicos que estão disponíveis no país todo para atender toda nossa gente.

4. Quais os principais produtos e serviços que o Sistema Unimed oferece ao mercado e como está dividida a clientela (pessoas físicas e jurídicas)?

O fundamental é assistência médica hospitalar, é o plano que compõe a assistência global. Existe na definição da ANS, vai ter que pedir mais um outro recurso pra ti complementar essa tua informação que não tenho disponível agora, mas você pode ter um plano só ambulatorial, pode ter um plano ambulatorial com assistência odontológica, com obstetrícia, sem obstetrícia, que às vezes uma família, ou duas pessoas idosas vão fazer um plano de saúde e não necessitam do módulo de obstetrícia. Então você deve ter aí cinco, seis módulos que são aprovados pela ANS.

A maioria é pessoa jurídica. A Prossegur vai dizer agora qual é o percentual, mas acredito que pessoa física não passe dos 20% da população, estou colocando isso como uma percepção meio intuitiva nesse momento de um dado real que varia muito de região para região. Existem algumas cooperativas médicas que trabalham quase que na essencialidade com pessoas físicas, com famílias, com grupos que tem um titular que inscreve seus dependentes e existem outras cooperativas que praticamente, 90, 95%, são pessoas jurídicas, são empresas.

Entrevistador: Os planos são desenhados de acordo com essa definição?

De acordo com essas definições os planos são desenhados. Você pode ter um plano de pequeno risco, apenas para consultórios e exames complementares, mais uma assistência odontológica, mais uma obstetrícia junto, num plano hospitalar global e envolvendo também atendimentos de alto risco, que, aliás, hoje essas coisas são vistas numa interpretação do judiciário de uma forma muito prática porque o Judiciário num momento em que há uma disputa em relação à extensão de um atendimento não previsto contratualmente a primeira coisa que um juiz faz é dar uma cautelar, dar uma liminar favorecendo o atendimento e deixar que as coisas depois sejam discutidas através de um processo orgânico normal que pode levar cinco, 10, 15 anos, mas o atendimento fica normalmente garantido.

Isso tem criado uma série de dificuldades para as Unimed, principalmente quando se trata daquelas restrições que dizem respeito às exclusões, os atendimentos em doenças preexistentes, em que uma pessoa quando vai fazer um plano já traz, carrega consigo já algumas patologias que podem ser de caráter genético, doenças adquiridas com o próprio nascimento, então passaria a ser um ônus, um custo da Unimed, mas o Judiciário tem facilitado muito a vida do usuário nesse sentido quando há demandas que se processam nesse campo.

5. Como as operações de intercâmbio interferem nos resultados das cooperativas. Elas são positivas ou negativas? Por quê?

Há uma preocupação neste sentido de se começar a promover dentro do sistema Unimed fusões entre cooperativas menores que não tem condições de ter um alcance econômico, reservas financeiras, atender exigências da ANS no sentido de criar aquelas reservas técnicas e também por ter uma flutuação de usuários, às vezes, na dependência de um, dois, três contratos grandes numa determinada localidade ficarem à mercê de uma inviabilidade. Esta se estimulando que essas pequenas cooperativas se fundem e formem uma operadora única, uma regional daquelas cooperativas. Três, quatro, cinco podem formar uma. Ou cooperativas maiores, como o Rafael falou pra ti, podem receber esses usuários que são contratados por risco assumido, que pagam através de um sistema de pré-pagamento, e aquelas Unimed menores se relacionarem com o sistema Unimed através da prestação de serviço por custo operacional, que se chama. Então a Unimed presta serviço e cobre de acordo com as tabelas que são pactuadas no intercâmbio e a Unimed vive lá para poder atender a sua administração, recebe uma taxa de administração prevista nas regras e normas do intercâmbio, de uma Unimed para outra quando atende. Existem Unimed que são mais importadoras de atendimentos e outras Unimed que são mais exportadoras de usuários que são atendidos em outras Unimed.

Entrevistador: Aí pelos próprios recursos não é Doutor?

Claro, então uma Unimed de Capital geralmente, ela precisa da capilaridade também, senão ela não teria condição de montar sucursais ou superintendências, ou escritórios regionais em pontos diversos do estado ou mesmo fora do estado.

Então ela se vale dessa capilaridade, que são as pequenas cooperativas, que lá na ponta dão a garantia do atendimento. Então hoje as relações dentro do Sistema Unimed elas são tão integradas, entendeu, que uma grande cooperativa não consegue subjugar uma rede de pequenas cooperativas, porque a força somada da rede de pequenas cooperativas é tão importante quanto a grande cooperativa, mesmo que ela tenha a maioria dos usuários. Mas ela tendo a maioria dos usuários ela não consegue sobreviver se não tiver a ponta de atendimento.

Entrevistador: Essa capilaridade é basicamente o diferencial do sistema?

Necessariamente é. São 90 mil médicos, 360 cooperativas, com todos os serviços credenciados que compõem a rede de atendimento.

Entrevistador: Então seria mais ou menos assim: a pequena cooperativa depende da grande por causa da complexidade do atendimento e a grande cooperativa depende da pequena por causa do atendimento mais simples, só que geograficamente mais avançado?

Exatamente.

6. Como a Confederação participa da gestão das cooperativas? Quais aspectos são coordenados pela confederação?

Como gestão, não. O que que é a Confederação? A Confederação é uma caixa de ressonância da base de primeiro grau que passa para um segundo grau e vem para um terceiro grau. Então a Confederação precisa montar estratégias que atendam os anseios que chegam até a Confederação. Dificilmente nós podemos daqui sonhar e pensar em criar normas para serem executadas de cima pra baixo. O Bradesco pode fazer, por exemplo. Um ou dois diretores determinam como deva ser aquele atendimento necessariamente em todas as suas regionais, nos seus pontos avançados onde existem escritórios, filiais etc e tal.

Cada Unimed tem a sua peculiaridade, tem o seu modo de relacionamento com o seu corpo clínico, com o seu hospital, com os seus cooperados, com os seus laboratórios. Então ela quer ela participar, ela ter a gestão local, ela não vai aceitar, por exemplo, que uma cooperativa maior venha fazer a gestão dela; ela pode usar a gestão dela para poder ver sendo atendidas com seus usuários que foram exportados da sua Unimed local. É um pouco diferente do processo de fusão. No processo de fusão as cooperativas menores podem criar uma gestão através de uma Central, uma Coordenadoria. Existem vários locais onde já existem Centrais; lá no Sul existe uma Central que atende várias Unimeds de um determinado ponto para algumas ações, por exemplo, a parte de exames complementares, a parte hospitalar, mas a questão do relacionamento da cooperativa com o seu cooperado, essa barreira dificilmente ela vai ser rompida, porque senão ela deixa de ter uma essência cooperativa. Então nós somos hoje uma estrutura capilarizada porque é montada em cima de uma ideologia, em cima de filosofia cooperativista...

Entrevistador: De autonomia, inclusive.

Então, passa pela autonomia.

Entrevistador: Nesse caso das Centrais, que o Sr mencionou lá no Sul...

Nós poderíamos pensar diferente, por exemplo, se nós quiséssemos retroagir no tempo e voltar 30 anos atrás e dizer assim: bom hoje nós vamos fazer o seguinte: é muito mais fácil administrar o sistema Unimed como uma cooperativa nacional, e termos sucursais e termos escritórios, mas certamente o interesse, o nível de participação da periferia não seria o mesmo porque seriam estruturas subservientes, uma estrutura única nacional. Então essa forma plana, horizontal, entendeu, de a gente se atender com o sistema, como sistema Unimed, ela também dá garantias de longevidade da própria estrutura do sistema. Nós passamos aqui em SP por um processo que machucou, inclusive, a marca Unimed, com a questão da Unimed São Paulo, mas não mexeu na estrutura operacional. De 360 cooperativas, aquela rede grande, uma, um ponto se rompeu e foi costurado, aqueles usuários migraram para outras Unimeds, a maioria saiu e foi para a Unimed Paulistana, foi para Unimed Guarulhos, foi para a Unimed Central.

Da Unimed se apagou, é claro que vai para a mídia como sinal de enfraquecimento do nome, da marca Unimed em função de uma gestão. Aí nós corremos o risco.... Às vezes a gestão isolada onde pode passar por processos que não são processos os mais adequados e corretos, de uma administração sadia, pode acontecer isso aí e como não há poder e intervenção direta de uma Confederação ou de uma Federação a nível de Estado, essas questões serem tardiamente detectadas. Sendo tardiamente detectadas temos que entrar mais com uma terapêutica do que com a prevenção. Mas isto está se pensando, na questão da inteligência, da estratégia e cada vez mais as Federações criem parâmetros, criem comitês, corpo técnico, que passe a exercer uma vigilância através de indicadores das cooperativas, e no momento que esses indicadores começarem a demonstrar uma determinada sinalização a Federação faça uma aproximação política naquela cooperativa propondo alternativas. Ela não pode chegar e dizer “*vocês cooperados precisam fazer isto, tal, tal, tal...*”. Mais de 20 pessoas podem se reunir e formar uma cooperativa.

Entrevistador: Na questão da Central que o Sr. Mencionou lá no Sul, quando o Sr. Falou para atendimento hospitalar, para exames.... Como é que funciona exatamente isso? Essa Central se forma e opera essa questão?

Opera da seguinte forma: você pode fazer um contrato com uma determinada empresa e naquele valor que você cobra, o valor determinado, que é o pré-pagamento, vamos supor R\$ 80,00, R\$ 70,00, uma parte é destinada para a administração da cooperativa, uma parte é destinada para os honorários médicos, uma parte é destinada para os laboratórios e hospitais, então a Central podendo receber aquele quinhão que diz respeito ao laboratório e hospital deixar a cooperativa na administração direta do ato médico, da parte principal do objetivo porque foi criada uma cooperativa, que é defender os interesses econômicos do trabalho do médico, e aquilo que é o acessório, que é o complementar ser feito através da Central.

Entrevistador: E aí cria-se uma espécie de fundo? É mais ou menos isso?

A Central sendo uma operadora também é obrigada a seguir as regras da ANS, quer dizer, pra cada atendimento de “tanto” ela tem que ter “tanto” de reserva técnica. As cooperativas ao longo do tempo foram muito mal exercitadas em relação a constituir fundos, passivos, por isso o sistema Unimed é muito frágil em termos de capitalização, em termos de potencial de capital, mas é muito forte em poder de pessoas, a nossa força está nas pessoas, que são os médicos, os clientes, os usuários, agora se fores pensar na estrutura que envolve, nós somos frágeis, nós temos poucos hospitais próprios. Deve ter 30, 40 hospitais a nível nacional, mas isso aí para as necessidades do sistema Unimed nós estamos muito aquém, e nem temos capital para promover que em cada local se construam hospitais. E esta parte também é difícil. Varia de região para região, numa determinada localidade você pode ver e encontrar vários médicos necessitando de uma cooperativa a maioria interessados na construção de um hospital próprio, é atender e acolher os usuários dos planos vendidos ali. Como é feito em Monte Negro, Rio Grande do Sul, Caxias, Sorocaba, Vitória, Bauru, Americana também tem um hospital, mas em outros locais é muito difícil porque os médicos que compõem a cooperativa trabalham em diversos hospitais da cidade, então eles compõem o corpo clínico de um hospital, então eles não querem mais sair daquele hospital, elas já criaram toda sua estrutura de trabalho naquele hospital, então se for chamada uma assembléia não vão aprovar a construção de um hospital para eles terem que se deslocar aquele lugar onde estão trabalhando normalmente para se submeter a uma diretriz de atendimento privilegiado ou único, num hospital só na cooperativa. Essa parte é difícil.

Entrevistador: Mas em algumas outras localidades o hospital também acaba sendo uma oportunidade de trabalho a mais para o médico. Se ele atuar em consultório e se a cooperativa conseguir montar um hospital passa a ser mais uma oportunidade de trabalho para ele...

Tem, tem no que diz respeito a atendimento, aos plantonistas, ao pessoal que trabalha no Pronto Atendimento, sim. Mas o que representa a grande gama dos atendimentos ainda é, dentro das Unimeds, feito em nível de consultório.

É o clínico, é o pediatra, o ginecologista... Ele vai fazer o parto, mas ele atende no seu consultório a paciente para o pré-parto, o pós-parto, enfim. O neurologista vai fazer a cirurgia, mas tem a sua seqüência do relacionamento com seu cliente a nível de consultório. Aí que está o viés da força que denuncia realmente o plano de saúde Unimed dos demais, clínicas e policlínicas que possuem pontos de referencia com médicos empregados ali. O medico empregado não tem compromisso direto, ele não é dono, ele está a serviço de um patrão, as vezes nem medico é, que tem uma clínica e emprega médicos para trabalhar. Contra essa forma de intervenção na relação do trabalho médico ou da relação do médico com o paciente exatamente que há 30 e poucos anos atrás foi criada a Unimed, a cooperativa médica, para defender e preservar o relacionamento direto entre médico e paciente.

Anexo 6 –

Transcrição integral da entrevista realizadas com Maria Aparecida Moura, gestora do processo de Tecnologia da Informação, notadamente na área de Sistemas de Dados, utilizada para composição da análise do tema do trabalho.

Maria aparecida Moura é Supervisora de Tecnologia da Informação, trabalha há 18 anos no Sistema Unimed e atualmente está ligada à Unimed do Brasil (Confederação Nacional) de onde presta serviços de consultoria em TI a diversas cooperativas singulares e federações.

1. Qual é o papel da área de Tecnologia da Informação para a integração das cooperativas?

Bem eu acho que nos primórdios, e o que eu chamo de primórdios: lá para meados de 76, início da década de 80 o papel de TI na Unimed do Brasil foi muito importante, para esse processo de integração, tanto é que no começo a gente trabalhava com bureau de serviços, processava para algumas Unimeds aqui, aí depois disso a gente acabou desenvolvendo três sistemas distintos para três Unimeds grandes que era Rio, São Paulo e Santos e aí passado o tempo a gente viu que mais Unimeds precisavam do mesmo produto e foi ai que a gente desenvolveu o primeiro produto macrobol. O macrobol era propriedade de uma empresa, a Novadata que era proprietária própria da marca, nós desenvolvemos e acho que chegamos a ter umas 70 (setenta) Unimeds na época entendeu, utilizando o sistema, só que aí começou a dar muitos problemas com o fornecedor que era a Novadata, aí nos partimos para redesenvolver o sistema. Redesenvolvemos o sistema por 3 meses em macrobol., Mas foi assim, redesenvolvimento mesmo. Não ficamos pensando vamos fazer isso vamos fazer aquilo, não, a gente fez um benchmarking, naquela época com o Dataflex que foi o que melhor se adequou às necessidades da Unimed porquê? Porque o Dataflex roda com uma máquina DOS, uma máquina Unix, um SO, para qualquer plataforma e a gente tem Unimeds desse tamanho e Unimeds Grandes.

Então a gente desenvolveu e olha, acho que a gente chegou a ter mais de duzentos clientes na época e aí depois nós precisamos só evoluir e nessa evolução nós já tínhamos UnimedS muito grandes e o Dataflex, a versão 2.3 apresentava muito problema de índice, precisava ficar reindexando, perdia algumas informações, ou melhor tirava um relatório num dia dava uma informação, tirava o relatório noutra dia dava outra informação então começou a gerar problema de integridade, aí nisso foi feita uma reunião para estar decidindo o que a gente iria fazer e aí infelizmente nessa reunião se decidiu que a gente iria redesarrollar o sistema mas que continuaria com o Dataflex. Eu acho que a partir disso é que acabou acontecendo uma desintegração, se entendeu? Porque? A partir daquela reunião, muitas UnimedS já saíram de lá assim, apesar de um grupo ter decidido isso, muitos aqui acham que a Diretoria na época é que induziu para ser Dataflex. Eu particularmente não acho que foi isso que aconteceu, eu acho que eram muitos interesses, muitas fogueira de vaidades, por estar querendo andar com as próprias pernas, e aí o que aconteceu? Várias singulares a partir daquela reunião, partiram para buscar soluções próprias. Então até aquele momento eu acho que a gente conseguia manter um padrão de integração, mesmo porque qual o sistema que todo mundo lembra? Siamed. Não importa que tenha vindo o Siamed Plus, é o Siamed que todo mundo se lembra. E a gente também não conseguiu emplacar com o Siamed Plus. Pra você ter uma idéia, hoje, a gente tem aí uns 160 clientes, sendo que desse número 50 só são Plus, o resto continua sendo Siamed, com a versão 2.3, é claro que isso para as UnimedS menores, mas eu tenho a Unimed Uberlândia que é uma Unimed de um bom porte e continua utilizando o Siamed entendeu? Eu acho assim, a tecnologia ela teve um papel de integração e agora com essa nova diretoria, a gente está tentando resgatar isso novamente, só que assim, não só via sistema mas via iniciativas dentro do complexo, de trazer todas as UnimedS mais próximas da Brasil, de tentar fazer parcerias estratégicas que beneficiem todo mundo...

Entrevistador: Então essa integração que você fala de sistemas, quer dizer, o cara tem um produto lá e vocês prestam serviços em cima daquele produto?

É hoje nós temos produto e existem muitos outros produtos no mercado. Tanto é que para isso precisa ser desenvolvido um protocolo de integração entre os sistemas, que a gente chama de PTU (Protocolo de Transações Unimed), que significa esse protocolo?

Esse protocolo é uma forma das Unimed's trocarem informações já que a gente não conseguiu fazer que tivesse um sistema único, então também na parte de integração de sistemas existem protocolos definidos, tanto da parte Batch, e o que seria Batch... Eu tenho um atendimento no Rio de Janeiro e o Rio de Janeiro tem que mandar uma cobrança para S.Paulo. Então ele manda a cobrança via um arquivo PTU, para não ter que mandar simplesmente a notinha e ter que ser reprocessado aqui. Então existe hoje um protocolo de transações. Isso por processo Batch que a gente chama, que seria para troca de faturamento. Por exemplo, a gente tem muito intercâmbio. Intercâmbio também é uma forma de integração. E o que é o intercâmbio? Imagina que eu trabalhe numa empresa que ela tenha abrangência nacional, que ela tenha filiais espalhadas OK? Então normalmente para isso hoje as Unimed's fazem o seguinte: Existe hoje a Central nacional que é a operadora nacional. Então por exemplo a Central Nacional só pode ter contratos, fazer contratos com empresas, desde que tenha atendimento nacional, ou melhor, que não tenha atendimento só em S.Paulo. Por exemplo, a Central Nacional não pode aceitar um contrato que só tenha atendimento no Rio; não, ela tem que ter pelo menos mais de uma cidade, senão está fora do escopo, da área de ação dela. E aí, com isso a Central Nacional faz um contrato e tem que distribuir atendimento em Fortaleza, em Natal, e para isso também existe um protocolo de como ela encaminha essa massa de beneficiários para que a Unimed Fortaleza, a Unimed Natal tenham conhecimento que ela tem que dar atendimento aos beneficiários. Então tudo isso são protocolos que tiveram que ser desenvolvidos ao longo do tempo e foi quando acabou disseminando esse monte de sistemas.

São vários sistemas hoje. E aí tem processo on-line também. Que é um desafio, uma meta para esse ano, no máximo até o final do mandato dessa diretoria, que é o intercâmbio 100% eletrônico. O que seria o intercâmbio 100% eletrônico? Não importa se eu passei o meu cartão na Unimed Fortaleza; que eu não tenha mais que ficar fazendo contato via fax, via telefone. Que essa transação se inicie em Fortaleza, venha te onde o beneficiário é localmente, faça a autorização, verifique se ele pode estar fazendo aquele procedimento ou não e responda automaticamente lá na Unimed Fortaleza. Hoje já tem regiões fazendo isso.

Por exemplo, hoje a gente já tem o estado do Rio de Janeiro totalmente integrado numa rede, o estado do Paraná totalmente integrado numa rede, o Espírito Santo totalmente integrado numa rede e a federação Minas totalmente integrada numa rede, sendo que Rio, Santa Catarina e Paraná, no estado, eles já fazem autorizações remotas e aí existe uma rede que a gente chama de Unirede. Essa rede já está integrando Rio, S.Paulo, Minas Gerais e algumas Unimed como Unimed Fortaleza, Guarulhos, que não estão ligadas a nenhuma federação diretamente, mas que já estão interligadas dentro dessa rede nacional. A gente tem a Seguradora, tem a Central Nacional... Por exemplo, a Seguradora hoje, ela não tem uma rede de cooperados credenciados, ela se utiliza da rede das Unimed. Então ela se utilizando disso hoje, por exemplo, um beneficiário dela que tem atendimento em Santos, passa o cartão no consultório do médico, aí a autorização chega na Unimed Santos, roteia aqui para S.Paulo onde estão os dados da Unimed Seguradora, verifica se aquele beneficiário pode fazer aquele atendimento ou não e responde lá na ponta.

Entrevistador: Isso demora segundos?

Tem que demorar segundos. Mas tem todo um problema de time-out... Hoje isso já acontece com Uberlândia, com Santos, com todo o Estado do Rio, com a Seguradora. Só que a idéia é que a gente faça isso a nível nacional mesmo...

Entrevistador: E aí esse papel de fazer essa integração é do Dr. João Batista?

É do Dr. João Batista que é o Diretor de Integração Cooperativista. Essa é uma das metas.

2. Há interferência da área de Tecnologia da Informação na definição de produtos e Serviços das cooperativas?

Olha o que acontece é o seguinte. Hoje já acontece das Unimed terem atendimento Nacional. Esse é um diferencial da Unimed, a capilaridade que ela tem. Qual o diferencial em relação a outros planos de saúde? É exatamente isso. É a capilaridade que ela tem. Você vende isso. Se você estiver de férias, estiver passeando, que você possa ter esse atendimento. É claro que

também você pode montar o produto de acordo com o bolso de cada região e de cada pessoa. Se você quer atendimento só local, você vai ter atendimento só local, você quer um atendimento nacional esse é o diferencial do produto.

3. Que tipo de tecnologia (Hardware e Software) são utilizados no Sistema Unimed? E eles estão totalmente integrados? (e desempenham o papel de integrar cooperativas?)

Nosso mundo é diversificado. Para não falar só na Unimed do Brasil, hoje tem muita gente trabalhando ainda com Dataflex, principalmente os que estão ligados à Unimed do Brasil, apesar que a Unimed do Brasil está trabalhando na migração para um novo produto. Esse outro produto é tecnologia de ponta, Sistema em camadas, ele vai poder trabalhar na web, com multibanco. Porque multibanco? Porque tem uma Unimed desse tamanho que não tem condições de comprar um Oracle da vida não tem condições de localmente conseguir um profissional adequado para administrar um banco desse. E hoje, por exemplo, o Dataflex, é muito simples, não exige recurso humano. E quando você começa a partir para um banco Oracle, um banco SQL, você precisa de um profissional um pouquinho melhor não é ? Uma das ondas que tem nas Unimeds agora, é trabalhar com Datacenter. O que eu vejo? No começo eu achava que as Unimeds iam ter muita resistência mas o custo benefício que você consegue demonstrar para eles acaba sendo um diferencial também, porque remotamente ela vai estar acessando seus dados, só que você vai ter alguém que vai cuidar dessa informação pra você entendeu? Não vou ter aquele problema: Você fez backup? Se não fez backup perdeu todas as informações porque a Unimed não tem infraestrutura elétrica, não tem no-break, não tem profissional adequado... São vertentes que apesar de a gente achar que é moda... Em TI as coisas vão e voltam. Lá em 76 se trabalhava com bureau de serviços e o que é um datacenter? É um bureau de serviços. Tudo bem que é você que processa suas informações mas não deixa de ser um bureau, sua máquina está lá entendeu? Mas com um monte de outras vantagens, então eu vejo assim, que essas mudanças e o que a gente está planejando para o cenário futuro eu acho que vai fazer a gente ficar um pouco mais competitivo.

Entrevistador: E o que vocês estão planejando é caminhar para esse esquema de Datacenter? Ter aqui na Unimed do Brasil o Hardware para poder trabalhar com ele é isso?

Na verdade o que está acontecendo é o seguinte, as Federações estão se organizando para isso. O que eu acho que é importante, porque a Federação afirma o seu papel e a Unimed do Brasil a idéia é que ela faça mais o trabalho de orquestração. Que saiba exatamente o que está acontecendo. Até porque a Unimed do Brasil tem uma área de novos negócios. Então essa área de novos negócios trabalha alinhada com a gente. Então por exemplo nós já fizemos parcerias estratégicas com a Microsoft, com a Oracle... Pensando no que? Pensando no ganho de escala. Normalmente se faz um contrato guarda-chuva, que é a Brasil que faz o contrato que vai beneficiar todas as singulares. Que é muito melhor do que a Unimed Rio ir lá negociar com a Oracle sozinha, a Unimed Belo Horizonte ir lá negociar, não. A idéia é que um faça e mostre o potencial que se tem disso...

4. Que tipo de produtos ou serviços são colocados a disposição das cooperativas pela área de TI que facilitam o posicionamento frente a concorrência ?

Como eu te falei, a capilaridade das Unimed é que é um fator competitivo. Só que sem TI não vai conseguir isso. Por exemplo, o Intercambio eletrônico. Se não tiver o intercâmbio eletrônico, a gente acaba tendo desvantagens nos atendimentos locais, porque normalmente localmente todo mundo tem uma solução, seja ela mais ou menos burocrática, mas você acaba tendo uma solução local, só que o nosso problema não é só o local, entendeu?

E para algumas Unimed também é o local... Então se agente conseguir fazer com que todo essa engrenagem funcione melhor, vai acabar beneficiando tanto as pequenas quanto as grandes. Porque eu acho assim, se a gente consegue fazer parceria para promover toda essa integração, vai beneficiar as pequenas, porque é claro as grandes principalmente elas precisam disso. Só que uma Unimed, pensando na capilaridade, por exemplo, a Unimed Rio, ela é poderosa, vamos dizer assim, mas ela tem intercâmbio muito grande, ela repassa muita gente no intercâmbio. Então se ela necessita de uma Unimed que seja menor mas ela precisa do atendimento dela, se aquele atendimento daquela Unimed menor não for eficiente da maneira como ela espera, ela vai perder o cliente dela. Então a engrenagem tem que funcionar como um todo. E hoje se não tiver TI acho que não consegue fazer isso andar mais rápido.

5. Há produtos da área de TI que atendam diretamente ao médico cooperado em seu consultório? Quais?

Hoje só a parte de captura, mas pensando na captura do cliente e não um produto voltado para o consultório do médico entendeu? Porque eu penso assim: para ter um produto no consultório do médico tem que ser assim um Pro-doctor, que é um sistema de mercado linkado ou integrado à nossa captura. Isso não tem como um produto corporativo. Tem isoladamente. Hoje o corporativo que a gente tem é só a parte de captura eletrônica. Consultas, Exames de laboratório.

Entrevistador: E aí é a ligação do médico com a cooperativa dele?

Com a cooperativa dele e com a parte de intercâmbio que nem eu estou te falando. Porque ele importa. Quando a gente pensa no intercâmbio eletrônico, tem que partir... Você já imaginou, se eu estou em Fortaleza e preciso de atendimento eu vou ao consultório. Para tentar desburocratizar um pouco isso, sem que eu tenha que ir à Unimed para buscar autorização entendeu? Mesmo porque existe as regras do Intercâmbio, até 300 CH's você não precisaria nem de autorização. Só que não sei até que ponto o beneficiário sabe disso, para ele se ele está numa outra cidade ele sabe que ele tem que ir à Unimed o que aqui é um processo burocrático.

Entrevistador: E você sabe me dizer quantos dos mais de 90 mil médicos estão dentro do sistema de capturas?

Não sei te dizer. Esse por exemplo é uma das outras metas que a Unimed tem até o final dessa gestão. A gente realmente tem um censo aqui dentro. Normalmente a gente escuta que tem 90 mil médicos, não sei quantos beneficiários... Esses são números cabalísticos para mim entendeu? É um dos projetos não para esse ano, mas para esse mandato que termina em março de 2005, é a gente montar um banco que realmente se faça um senso dessas informações até porque esse tipo de informação é super importante para você montar alguma coisa corporativa; é um indicador. Mesmo porque ultimamente uma das coisas que mais se bate na porta da Unimed do Brasil é empresas querendo fazer parcerias, corporativamente. Mas é difícil você fazer alguma coisa se você não conhece nem o que você tem.

Tem a Datasul com a Deloytee querendo fazer um projeto de prontuário eletrônico, então aparecem propostas interessantes. E o que a gente vê também é que não dá mais só a Unimed do Brasil ficar desenvolvendo, a gente precisa de parceiros estratégicos.

Entrevistador: Pensando nessa questão do prontuário eletrônico, tem Unimed que desenvolveu isso?

Têm iniciativas. Por exemplo, a Unimed Campinas fez um trabalho de captura via Internet, mas eu não sei até que ponto isso gerou um prontuário. Mesmo porque prontuário eletrônico a gente acaba entrando numa área ética e às vezes assim: até que ponto vão estar implementando isso da maneira correta? Porque para que qualquer outra pessoa veja, você tem que ter todo um critério de senhas porque só o paciente pode liberar para que outro médico veja as suas informações. Então a gente tem que tomar cuidado para não entrar numa seara complicada.

6. O movimento da área de TI é no sentido de automatizar as cooperativas localmente ou de automação no nível global, integrado, do Sistema Unimed?

A idéia é sempre que a Unimed do Brasil atue através das Federações, mesmo porque não tem força para atuar sozinha. É politicamente complicado, tem muita disputa de poder. Se você consegue fazer um negócio planejado e fechar dentro de uma diretoria, é bom para a outra que vem, senão começa a ficar complicado não é? Eu acho que falta planejamento estratégico. Não tem uma linha. Porque que traça o planejamento não é só a Diretoria, porque querendo ou não o estilo de administração da Unimed do Brasil não digo interna mas externa é participativo. Tem o Conselho confederativo que é ele quem define o que a Brasil faz ou não faz, a gente tem que prestar contas para esse Conselho, quer dizer se esse Conselho pelos presidentes das Federações e se eles decidirem e aprovarem qual o Planejamento Estratégico da Brasil saiu uma diretoria e entrou outra... olha estava traçado isso, eu atingi até aqui ou não atingi e você continua daqui. Agora estamos entrando, vamos avaliar o que foi feito, o que não foi e aí fica... Então de quatro em quatro anos se reavalia se esta no caminho certo.

Não poderia ser tão político assim... Uma das estratégias tem que ser essa, da Brasil orquestrar com as Federações e as Federações com as Singulares, mas o que acontece também hoje, é que a gente não pode se preocupar só com as Federações, porque tem Singulares que estão isoladas, não estão ligadas a Federação nenhuma, então nós também temos que estar alinhados e sempre observando isso que está acontecendo.

7. Qual o montante de investimentos em Tecnologia da Informação efetivado pelas cooperativas do Sistema Unimed?

Não sei. Só sei que é muito. Acho que é muito e muito errado, porque eu acho que se tivesse esforços para se fazer uma coisa única, isso aqui seria uma potencia. Poderia estar muito, muito melhor. Por exemplo BH gastou uma fortuna para implantar SAP, está gastando mais uma fortuna para adaptar um sistema que era de Campinas. Aí você vê fortuna e fortuna e aí? Será que todo o investimento que essas grandes estão fazendo não poderia ser usado para estar atendendo muito mais Unimed. Porque assim, com a ANS, muita coisa ficou padronizada, porque as Unimed não são padronizadas. Não são padronizadas nos produtos, não são padronizadas na forma de estar gerindo a sua empresa, mas querendo ou não tem algumas coisas que a ANS, por mais que muita gente colocou que atrapalhou, para nós que somos de sistemas, pelo menos padronizou alguma coisa, que nós não conseguíamos eles conseguiram e foi na marra. É claro que está gerando muito trabalho pra gente, mas eu vejo assim, tem coisas que a ANS está exigindo que de repente nós sempre deveríamos ter feito. Acho que tem alguns fatores acontecendo que querendo ou não está dando uma padronizada nos processos, está dando uma padronizada na forma da Unimed estar atuando entendeu? Está fechando um pouco a criatividade tão alta que eles tinham e que pra nós de sistemas isso é complicado, muito complicado, por mais que você parametrize o sistema, chega uma hora que não dá; virá uma colcha de retalhos, qualquer sistema.

8. Quais as principais dificuldades de implantação para a área de Tecnologia da Informação e quais são os principais projetos em andamento?

Eu acho que as políticas também, mas, são de formas de administração, de muitos não conseguem ver a importância do investimento em TI, porque eu acho que em muitas Unimed ainda, TI não é visto como investimento, é visto como despesa então é difícil.

Inclusive aqui. Na verdade você está tendo sempre que balancear. São poucas Unimed que conseguem realmente mostrar que para você fazer qualquer coisa em TI você precisa de investimento. Talvez porque a gente venda errado os nossos projetos. Ninguém faz projeto e mostra realmente qual é o retorno sobre investimento, como é que aquilo vai estar beneficiando, vai estar trazendo resultado, então a gente vende mal, eles entendem mal e vira um ciclo vicioso. No passado eles “não entendem” mas agora eles já entendem então a gente precisa melhorar essa nossa forma de vender projetos. Esse é um fator.

O outro fator, acho que é assim, nos grandes centros e aí a gente não pode comparar Rio, S.Paulo, Minas, Porto Alegre porque a gente tem muita dificuldade em algumas regiões, de profissionalização da Unimed, dos profissionais... Pra você ter uma idéia teve uma Unimed que teve enchente e perdeu tudo. Falta profissionalismo. Outro dia fui fazer uma visita numa Unimed no interior de S.Paulo e a diretoria era nova então você vê que tem gente assumindo sem a mínima condição de estar assumindo aquilo. Então é assim se ele chegar na Unimed e encontrar alguém capacitado, um gerentão, aí tudo bem, senão, quanto que ele vai errar para acertar? E quem está acompanhando isso?

As vezes você fala não e parece que você está sendo pessimista. Na verdade a gente tem que munir o dirigente de informação para que ele toma decisões embasadas e eu sinto que não é assim nas Unimed. Existe a necessidade de profissionais altamente capacitado para o trabalho e quando eu digo pessoal altamente capacitado é pessoal que não venha se meter na política, que pense independentemente da política e que leve para o dirigente uma análise “politicamente isso vai acontecer assim, mas eu acho que deveria ser assim, não deveria ser assado”entendeu? Tem que ter alguém altamente qualificado, que tenha o espírito empreendedor, que a gente encontra no mercado e eu não acho que a Brasil (Unimed do Brasil) tenha hoje esse tipo de profissional.

9. Qual é o nível máximo de automação de uma cooperativa do Sistema e como isso interfere diretamente no atendimento aos clientes?

Olha, pra te dizer a verdade eu não sei se eu conheço uma Unimed que esteja tão bem, mas eu acho que as Unimed maiores que tem condições elas tem um ERP, que eu acho que precisa hoje, principalmente por cauda da ANS, das RDC's 38 que é um livro auxiliar padronizado, não é só a Unimed, são todas as empresas de saúde.

Então precisa de um ERP, ela precisa realmente de um sistema de captura eletrônica, precisa de um bom sistema para gerir a cooperativa. No geral tem, talvez não tenha ainda de uma maneira bem integrada que não gere retrabalho. Acho que ainda as Unimed tem isoladamente um bom ERP, mas a forma de integração com ele ainda não está perfeita. Quem tem uma forma de captura, mas ainda não está top de linha. O quê seria top de linha, quem dispões de um sistema de biometria, porque a gente sabe que cartão magnético já está mais do que manjado. Mas olha a utopia... Tem Unimed que está com a carteirinha de papel, tem Unimed que está como cartão magnético e tem Unimed que já tem com biometria, que é captura pelas digitais do cliente. Então a gente está em extremos muito grandes. Hoje quem tem biometria é S.José do Rio Preto, Unimed Florianópolis, Norte-Nordeste também está com um projeto de biometria, e tem iniciativas isoladas...

Com ERP as maiores, a Unimed Florianópolis, o Estado de Minas está implantando um datacenter com ERP da Logocenter também, toda a Federação do Rio também está implantando o ERP da Logocenter. Então isso já está caminhando. Tem algumas Unimed que dizem que tem ERP, mas não tem a mínima noção do que é um ERP... Tem lá um sistema contábil-financeiro, mas não é um ERP. Mas sobrevive, porque de repente para o que ela precisa está mais do eu bom. Você vai ter muitos extremos. Você vai ter aquela Unimed que mal tem sistema de gestão, tem carteirinha de papel, tudo é burocratizado... de repente falta um trabalho. Já imaginou quanto ela gasta de telefone, fax para solicitar autorização. E de tempo, se de repente ela informatizasse todos ela poderia ter uma visão e um atendimento melhor para o cliente, menos burocrático e acho que um custo menor.

Entrevistador: E o esquema de integrar tudo isso, principalmente essa questão contábil e financeira também é uma idéia?

Hoje para você ter uma idéia, a Unimed do Brasil ela está trabalhando para ela ter, pelo menos para os clientes que são Siamed e Siamed Plus, ela ter um produto e não simplesmente só um sistema de gestão. A idéia é que você tenha um sistema de gestão, você tenha um ERP, que você tenha um BI, que você tenha autorizações e aí envolve tanto a local quanto as eletrônicas e que tudo isso seja integrado.

Porque se você não tiver isso integrado, você não consegue ser competitivo. Imagina, você gera informações aqui e aí você tem que mandar pra cá para o seu ERP. Isso tem que ser o mais transparente possível, até para que você tenha confiança nas suas informações... Mesmo porque hoje a ANS ela exige que você apresente e tem prazo para que você apresente várias informações. Tem FIS, tem DIOF, tem várias coisas que tem que estar aqui integrado entendeu? Então hoje na Unimed do Brasil a idéia é o que? É para esses clientes e o objetivo principal é esses clientes e quem sabe. Se você fizer um bom trabalho automaticamente você vai trazendo outros, mas a idéia da Brasil não é, nunca foi competir com outros. Mas o que a Brasil está fazendo é o seguinte: trazendo esses outros concorrentes porque independente da Brasil ter sistema, ela tem uma posição institucional e pensando no institucional eu tenho que garantir que as demais singulares, não importa se ela utiliza o sistema x ou y, ela esteja trabalhando dentro de condições que atendam as ANS, que atendam aos protocolos de transações. Então a idéia é trazer todas as empresas fornecedoras de sistemas para que a gente acompanhe. Na verdade que a gente seja realmente esse órgão fiscalizador, institucional, que acompanha o bem estar das Unimeds porque hoje tem ANS, tem o INSS, todo mundo aí de olho fiscalizando as Unimeds, sabendo se elas estão trabalhando dentro do que esses órgãos reguladores estão ditando. E a gente não tem noção disso.

Entrevistador: Num certo sentido a chegada da ANS, vai ser, daqui a um ano, dois anos, talvez três, bom para a Unimed porque os dados vão estar consolidados?

É, eu acredito que sim. Vendo do lado de sistemas. Se você falar com qualquer outro administrativo vai dizer que estão matando as Unimeds. Porque não é só isso. Esse é o lado que eu digo de padronização, mas tem o lado que ela tem que ter reservas hoje. Isso é uma coisa que só quem precisava apresentar eram as seguradoras e não é mais porque as Unimeds também administram risco. Que na verdade sempre elas deveriam trabalhar dessa maneira e assim não teria acontecido o que aconteceu com S.Paulo e com outras que estão por aí numa situação complicada.