

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação e Justificativa

Muitos arranjos produtivos têm sido empreendidos nos diversos setores econômicos de forma a buscar benefícios competitivos. Com o tempo, estas iniciativas tendem a se disseminar entre concorrentes, minimizando as vantagens relativas dos líderes e inviabilizando, muitas vezes, a adoção do arranjo organizacional empreendido.

Por este motivo pretendeu-se, através da revisão bibliográfica, levantar um campo de conhecimento que proporcionasse compreender as dimensões internas das empresas, de forma a diferenciá-las através de seus potenciais e capacidades e não simplesmente pelos modelos de estrutura adotados. A Teoria dos Recursos da Firma e seu desdobramento conceitual de competências organizacionais pareceram adequados neste sentido e direcionaram a metodologia do trabalho.

Através do levantamento de estudos sobre integrações verticais entre organizações, buscou-se apreender contribuições de uma literatura relativamente abrangente que poderia não corresponder às especificidades do movimento em curso na Medicina Suplementar, foco deste trabalho. Recorreu-se então, à área de gestão em saúde, encontrando-se vasta produção internacional. Alguns tópicos ressaltados por estes estudos são encontrados no Capítulo 2.

No Capítulo 3 discorreu-se sobre a metodologia da pesquisa, que contou com dois estudos complementares. Segue-se, no Capítulo 4, um resumo dos componentes e do contexto da Medicina Suplementar, proporcionando uma dimensão prática ao problema deste trabalho.

Para realização de um dos estudos foi também necessário compreender as características históricas, princípios e evolução das cooperativas médicas no país, descritos brevemente no Capítulo 5.

Os Capítulos 6 e 7 trataram dos estudos realizados pela pesquisa e, pela sua complementaridade foram discutidos em conjunto no capítulo 8.

A tentativa de buscar contribuições da literatura sobre integração vertical para compreender o fenômeno na Medicina Suplementar provocou alguns questionamentos.

Em primeiro lugar, tornou-se importante caracterizar a questão do contexto deste movimento nesta indústria específica, já que ocorre relativo consenso na literatura de que estes movimentos são cíclicos ao longo do desenvolvimento de diversos setores da economia, (MONTEVERDE & TEECE 1982, BALAKRISHNAN & WERNERFELT 1986, DAVIS & DUHAIME 1992, AFUAH 2001, HARRINGAN 2003, MPOYI & BULLINGTON 2004).

Um segundo problema consistiu na escassez de literatura sobre o tema em estudos do setor privado de assistência médica do país. Apesar da abrangência dos estudos norte-americanos, não é possível assumir que haja similaridade entre seus achados e a realidade brasileira, dadas as diferenças de escala, regulação, modelos de financiamento, estágio de desenvolvimento, competitividade e estrutura setorial da medicina privada entre os dois países. Deste modo, apesar de tomar como referencial teórico os estudos de integração vertical do mercado de saúde norte-americano, foi preciso lançar mãos de outras iniciativas para compreender as motivações e benefícios específicos do processo na Medicina Suplementar no Brasil. Optou-se pela realização de um Estudo de Campo através de entrevistas com executivos de empresas do setor.

Esta abordagem não permitia, no entanto, a compreensão da dinâmica do processo em seus aspectos intra-organizacionais. Optou-se por complementar o primeiro entendimento do setor com um Estudo de Caso que propiciasse maior profundidade de análise, centrando-se em uma única organização. Este estudo deveria dispor de referencial e metodologias adequadas para este fim e, por isso, recorreu-se à literatura de Gestão por Competências. Este campo de conhecimento e mais especificamente a vertente de Competências Organizacionais foi aplicado no estudo de uma Cooperativa Médica através da metodologia desenvolvida por MILLS et al, (2002 e 2003b).

A Gestão por Competências assume cada vez maior importância no meio empresarial, não apenas por se constituir numa ótica viável e difundida para organizar e direcionar os Recursos Humanos, mas porque propicia consistência e sustenta as orientações estratégicas nas organizações.

O arcabouço teórico das competências parte dos princípios originais de PENROSE, (1959), consolidados pela visão da empresa baseada em recursos, “*RBV*”, e tenta articular competências individuais através da aprendizagem, em competências da organização.

O Estudo de Caso visou compreender a articulação de recursos em competências organizacionais e, mais especificamente, quais destas competências são mobilizadas para propiciar o processo de verticalização da organização estudada. Segundo parte da literatura, estes processos nem sempre são eficazes nas organizações e, em casos particulares na assistência médica, mostraram-se estratégias mal aplicadas ou executadas, (BYRNE M., WALNUS C., 1999; HARRIGAN, 2003; BURNS et al, 2005).

No âmbito da assistência à saúde, as atividades são intensivas em conhecimento e capital humano e por isso, altamente dependentes do desenvolvimento dos seus profissionais. Este desenvolvimento concentrou-se até recentemente nas áreas de assistência médica e de apoio técnico, tornando a gestão do setor defasada em relação às práticas administrativas já consagradas. Assim, são raras as organizações neste setor a aplicar modelos de gestão por competências, provavelmente mais adequados ao ambiente atual que aqueles baseados puramente nos princípios do taylorismo-fordismo e do modelo hierárquico funcional desenvolvido por Fayol no início do século XX. Pelo motivo exposto, este trabalho não pretende abordar o desenvolvimento de competências individuais, ou sua integração em um processo social e coletivo que culmine em competências de subgrupos.

A observação empírica do mercado de saúde brasileiro permite evidenciar alguns modelos de integração ao longo dos últimos quinze anos, descritos posteriormente no Capítulo 4. Uma das bases teóricas utilizadas no estudo dos processos de integração vertical entre empresas é a Teoria da Economia dos Custos de Transação, *TCET*. Como apontam dois de seus autores, algumas empresas estarão mais aptas a verticalizar se dispuserem de *know-how* para atuar em outros segmentos da cadeia produtiva, (MONTEVERDE *and* TEECE, 1982). Um portfólio de competências pode, neste lógica explicar o sucesso de uma organização nesta empreitada, utilizando-se de uma ótica diversa da teoria micro-econômica dos custos de transação. Como assinalado por ARGYRES, (1996), o enfoque das “capacidades” da empresa pode apontar outros determinantes dos processos de verticalização como, por exemplo, o período de aquisição e tecnológica e desenvolvimento do conhecimento gerencial necessário para se empreender este movimento.

A análise da verticalização de uma empresa específica à luz dos conceitos de competências organizacionais pode ajudar a explicar algumas tendências encontradas na

assistência médica privada e fornecer subsídios para compreensão de diferenças de posicionamento estratégico entre operadoras de porte similar.

1.2 Objetivos da Pesquisa

A concepção desta pesquisa foi originada da seguinte problemática: algumas empresas têm sucesso, outras falham ao se verticalizar e, muitas vezes, a necessidade, aplicabilidade e objetivos deste processo são mal compreendidos.

Na história recente da Medicina Suplementar no Brasil, algumas organizações empreenderam expansões para áreas adjacentes na cadeia produtiva. Nem todas obtiveram sucesso ao iniciar atividades diversas de seu *core business*. De maneira geral, parece ter ocorrido consolidação da posição competitiva das primeiras operadoras que direcionaram parte de demanda por serviços de seus beneficiários para recursos próprios. Atualmente, com as contingências de regulação e aumento das despesas com assistência médica, este movimento parece se constituir num mecanismo de sobrevivência no mercado, ao invés de configurar uma estratégia de diferenciação.

Como objetivo principal, este trabalho buscou levantar quais competências organizacionais estão mais envolvidas no processo de verticalização empreendido por uma Operadora de Planos de Saúde. Ao entender como estas competências contribuem ao alcance dos objetivos estratégicos da organização visou colaborar no aprimoramento da formulação e implementação estratégica no caso específico, bem como fornecer subsídios que orientem gestores em outros contextos, ou que auxiliem novas pesquisas.

Para atingir este objetivo, buscou-se levantar a priori, quais as motivações, as vantagens esperadas e as efetivamente alcançadas nos processos de verticalização da assistência médica privada na literatura, em especial a norte-americana. Naquele país, o a verticalização através de vínculo de propriedade aconteceu com maior intensidade na primeira metade da década de noventa, quase em concomitância à integração horizontal com formação de grandes conglomerados hospitalares. Posteriormente, predominaram os movimentos de integração vertical através de parcerias estratégicas ou redes virtuais, que não alcançaram paralelo no mercado de saúde brasileiro, (BLOCH & FALK, 1994; ROBINSON & CASALINO 1996; BURNS et al 2002 b).

A análise de parte da literatura produzida no contexto norte-americano balizou um estudo de campo inicial para verificar se o processo de verticalização da Medicina Suplementar possuía paralelo com modelos relatados nos estudos internacionais, frente ao relativo déficit de pesquisas específicas sobre o tema na assistência médica privada no Brasil.

Este questionamento preliminar pretendeu responder as seguintes questões:

- A) Quais os principais motivadores do processo de verticalização das Operadoras de Saúde;
- B) Quais os principais benefícios relativos pretendidos com este processo;
- C) Quais os benefícios efetivamente alcançados;
- D) Se a verticalização é uma tendência entre as Operadoras de Saúde e;
- E) Se existem outras alternativas de integração vertical sem a necessidade do vínculo de propriedade.

A seleção da amostra de empresas para realização do Estudo de Campo obedeceu aos fatores descritos no Capítulo 4, que trata da metodologia deste trabalho.

Em seguida, a partir das análises da literatura internacional, do entendimento da situação e de algumas perspectivas do setor, procedeu-se ao Estudo de Caso de uma Cooperativa Médica. Esta fase possibilitou a obtenção de elementos importantes ao alcance do objetivo principal, além de servir para a compreensão de especificidades da organização estudada, a partir das seguintes questões:

- A) Quais os principais objetivos estratégicos da organização
- B) O que motivou seu processo de verticalização.
- C) Quais os benefícios esperados e os alcançados até o momento com o processo.
- D) Quais competências organizacionais colaboram para a verticalização..
- E) Se o processo de aquisição ou desenvolvimento destas competências resultou de uma estratégia deliberada.
- F) Se existem especificidades do modelo de verticalização da cooperativa estudada, em relação às outras operadoras de saúde.

Este projeto abordou referenciais teóricos da literatura sobre integração vertical, competências individuais, organizacionais, dos recursos da firma. No primeiro componente, buscou trazer contribuições da literatura da área de Gestão de Saúde norte-

americana que, explorou de modo intenso os movimentos de expansão por associações e aquisições na respectiva cadeia produtiva, (HIGGINS & MEYERS 1987; BURNS et al 2002 b).

A partir dos objetivos descritos, procurou-se entender porque determinadas organizações da assistência médica privada se estruturam de forma a atuar em diferentes etapas da cadeia produtiva do setor. Este fenômeno, designado como integração vertical ou verticalização, é definido de maneira mais adequada na revisão teórica, onde apontam-se os principais autores e conceitos utilizados.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, descrevem-se os principais conceitos da literatura utilizados no trabalho, oriundos de dois campos de estudos principais. O primeiro deles representa a ótica a ser utilizada para observação do fenômeno e foi subdividido em três partes. Inicia-se com a descrição dos conceitos de competências individuais que, apesar de não empregadas diretamente nesta pesquisa, compõem a origem teórica das competências organizacionais. Segue-se com estas últimas que, por sua vez, estão ancoradas na corrente da Visão Baseada nos Recursos da Firma, (*Resource Based View of the Firm, RBV*). Utilizando-se de analogia, pode-se entender a *RBV* como armação que sustenta os óculos, cujas lentes são as competências organizacionais. Neste trabalho, os óculos utilizaram-se especificamente das lentes desenvolvidas por MILLS et al, (2003 b), para focar um determinado movimento na Saúde Suplementar.

Este fenômeno, caracterizado como um processo de Integração Vertical, foi analisado através de um segundo campo teórico, descrito ao final do capítulo.

2.1 Competências Individuais

O estudo do comportamento humano no trabalho vem adquirindo importância crescente no âmbito dos negócios, não porque as organizações estejam se tornando mais humanas, mas porque seu sucesso nos ambientes competitivos depende cada vez mais do capital humano. (FISCHER, 2002). Neste contexto emerge o modelo de competências que tenta substituir a unidade básica de gestão, *o cargo pelo indivíduo* (FLEURY, 2002), proporcionando pessoas mais autônomas, comprometidas, e maior flexibilidade na estrutura organizacional, (DUTRA, 2004).

O conceito de competências foi introduzido por David MCCLELAND em 1973, psicólogo que o definiu como característica subjacente a uma pessoa casualmente relacionada com performance superior na realização de uma tarefa em determinada situação.(MCCLELAND 1973, apud DUTRA 2004). Naquele momento, as competências se condicionavam à perspectiva do indivíduo, visando aspectos da

seleção de pessoas. Sua utilização foi rapidamente ampliada para processos de avaliação e para orientar ações de desenvolvimento profissional a partir do trabalho de BOYATZIS, (1982) citado por DUTRA, (2004).

PARRY, (1996), *in* FLEURY & FLEURY (2000), consolida na literatura norte-americana três dimensões de competência individual: *conhecimentos, habilidades e atitudes* que afetam a maior parte do trabalho de uma pessoa, e que se relacionam com o desempenho no trabalho. Segundo o autor, a competência pode ser mensurada, quando comparada a padrões estabelecidos e desenvolvida por meio de treinamento. Deste modo, uma gestão de pessoas por competências compreende a identificação, avaliação, desenvolvimento e reconhecimento de conhecimentos, habilidades e atitudes. Uma síntese dos principais conceitos de competências individuais pode ser resumida da seguinte forma:

Autor	Definições de Competência Individual
LeBoterf (1995)	Entrecruzamento de três eixos formados pela pessoa, (biografia, socialização), por sua formação educacional e por sua experiência profissional.
Zarifian (1999)	Inteligência prática de situações que se apóia nos conhecimentos adquiridos e os transforma com tanto mais força quanto maior a complexidade das situações. Nestas situações tornam-se importantes as noções de serviço, (atender o cliente), de comunicação, (compreender o outro e a si mesmo) e de evento (agir mediante o imprevisto).
Dutra (2000)	Conceito de entrega: agregação de valor das pessoas é constituída pela contribuição efetiva ao patrimônio de conhecimentos da organização, permitindo-lhe manter suas vantagens competitivas no tempo.

QUADRO 1: DEFINIÇÕES DE COMPETÊNCIAS EMPREGADAS NA LITERATURA

Fonte: FLEURY & FLEURY, (2000)

A competência individual encontra limites, mas não sua negação no arsenal de saberes alcançado pela sociedade, ou pela profissão, em época determinada. As competências são sempre contextualizadas. Os conhecimentos e o *know-how* não adquirem status de competência a não ser que sejam comunicados e trocados e, nesse sentido, a rede de relacionamentos em que se insere o indivíduo é fundamental para que a comunicação seja eficiente e gere competência.

“A noção de competência associa-se a verbos como saber, agir, mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, saber aprender, saber se engajar, assumir responsabilidades, ter visão estratégica. As competências devem agregar valor econômico para a organização e valor social para o indivíduo”, (FLEURY & FLEURY 2000).

Estes últimos autores consolidaram caracterização mais ampla do conceito, introduzindo perspectivas da sociologia e economia do trabalho, oriundas da “escola francesa”. Um de seus representantes descreve competência individual como: “.. a mobilização e a aplicação de conhecimentos e capacidades numa situação específica, na qual se apresentam recursos e restrições próprias a esta situação”, (LE BOTERF,1994). Neste sentido as competências individuais devem ser entendidas através de ações, representadas pelos verbos de FLEURY & FLEURY, op cit, e contextualizada no tempo e espaço através do que LE BOTERF convencionou como incidente.

Este autor situa competência numa encruzilhada, com três eixos formados pela pessoa, (sua biografia e socialização), formação educacional e experiência profissional. Mas ao considerar a ação, desvincula o conceito de competência do potencial representado pelos conhecimentos e habilidades. Ressalta também a importância de três mudanças principais no mercado de trabalho que justificaram a emergência do modelo de competências para a gestão de pessoas nas organizações:

1 – A noção de incidente, segundo a qual os imprevistos exigem que a pessoa competente mobilize recursos para resolver novas situações de trabalho.

2 – A crescente importância da comunicação que implica em compreensão e compartilhamento de normas e objetivos organizacionais.

3 – A noção de serviços, atender e entender clientes internos e externos é atividade central e dependente de comunicação. Com isso, o conceito de competência amplia o foco das tarefas prescritas a um cargo para as competências mobilizadas pelos indivíduos em situações profissionais cada vez mais complexas.

ZARIFIAN, (1996) e DUTRA, (2004), exploram o conceito de competência associado à agregação de valor e entrega em um determinado contexto. DUTRA op cit, ressalta que esta entrega ocorre de forma independente do cargo, isto é, a partir da própria pessoa. Com isso, adiciona outra contribuição ao tema, a noção de

complexidade, que associa o desenvolvimento das pessoas e suas contribuições na organização. Nesta lógica, a agregação de valor do indivíduo se configura num determinado “espaço ocupacional”, muitas vezes não compatível com o cargo. Este enfoque propicia, por exemplo, o estabelecimento bases para um sistema remuneratório extrapolando-se os limites dos cargos.

Na realidade organizacional, a aplicação de um modelo de gestão de pessoas pautado por competências deverá apoiar-se em dois conceitos: O primeiro utilizado desde a década de cinquenta e denominado complexidade, permite visualizar as pessoas em sua relação dinâmica com a organização. (DUTRA, 2004). Ao enfrentar dificuldades crescentes o profissional adquire certas competências e poderá agregar maior valor com suas entregas. Da correlação entre entrega e complexidade decorre o segundo conceito, o espaço ocupacional, que simboliza o nível das atribuições e responsabilidades do indivíduo na organização, sem necessariamente se prender aos deveres do cargo.

Deste modo, segundo DUTRA, (2005), a agregação de valor das pessoas é, portanto, sua contribuição efetiva ao patrimônio de conhecimentos da organização, permitindo-lhe manter vantagens competitivas.

O conceito de competência individual vincula-se à estratégia da organização na medida em que a mesma se baseia em algum grau nos recursos internos, (pessoas). No entanto, não existe até o momento, um modelo teórico definitivo que vincule competências individuais com a geração de competências de grupos determinados e, em última análise, organizacionais. Para FLEURY & FLEURY, (2000), o desenvolvimento de competências pode ocorrer através da aprendizagem organizacional, o elo entre indivíduos e organização. Este processo ocorre em três etapas básicas:

Aquisição e desenvolvimento de conhecimentos:

- Resolução sistemática de problemas: princípios e métodos dos programas de qualidade, diagnósticos executados com métodos específicos, uso das informações para tomada de decisão e ferramental estatístico para organizar dados e proceder interferências.
- Experiências realizadas por outros: observação de experiências de outras organizações como *benchmarking* tem sido utilizado como referencial para repensar a própria organização.

Disseminação de conhecimentos:

- Comunicação e circulação de conhecimentos: o conhecimento precisa circular rápida e eficientemente, já que as idéias têm maior impacto quando apropriadas coletivamente.

- Treinamento: talvez a forma mais usual de pensar o processo de aprendizagem e disseminação de novas competências.

- Rotação de pessoas: Por áreas, unidades, posições na empresa, de forma a vivenciar novas situações de trabalho e compreender as contribuições das diferentes posições.

- Trabalho em equipes diversas: o processo de interação com pessoas de background cultural diverso propiciando a disseminação de idéias, propostas e soluções.

Construção da memória organizacional:

- Refere-se ao processo de armazenagem das informações com base na história organizacional, seja por experiências bem ou mal sucedidas, (FLEURY & FLEURY, 2000)

Outros autores apontados por RUAS et al., (2004), reforçam a natureza processual do aprendizado nas organizações. Dentre eles destacam-se os modelos de KROG e NONAKA, (2001), com foco no contexto capacitante; NONAKA e TAKEUSHI, (1997), com a “espiral do conhecimento”; ARGYRIS, (1992), e os ciclos simples e duplo de aprendizagem; ARGYRIS e SCHON, (1978), e o “sistema de aprendizagem organizacional”; e KOLB, (1971), com o modelo de aprendizagem vivencial.

Vale lembrar que, com relativo atraso em relação a outros setores, o conceito de competências individuais também começa a ser utilizado em maior escala por organizações da saúde como demonstra o estudo de SEIXAS, (2005). Nos EUA, onde a adoção das competências foi empregada em algumas organizações hospitalares ainda na década de noventa, encontra-se grande heterogeneidade de conceituação e utilização, ROEMER, (1996). Por este motivo, foi organizada uma aliança entre entidades representativas de classe com intuito de padronizar iniciativas de educação, treinamento e aplicação de modelos de competências gerenciais na saúde. Esta aliança, *Healthcare Leadership Alliance* ou *HLA*, categorizou um diretório de trezentas competências importantes no papel do profissional de gestão em saúde, em cinco áreas principais:

- 1) liderança,
- 2) comunicação e relacionamento da gestão,
- 3) profissionalismo,
- 4) conhecimento e habilidades no negócio,
- 5) conhecimento do ambiente da saúde.

2.2 Competências Organizacionais

Ampliando-se o escopo de análise, pode-se estender o uso do termo competências para o nível das organizações. Em paralelo ‘ao que ocorre no plano individual, o conceito não se limita a um estoque de conhecimentos, habilidades e atitudes, mas à mobilização de um portfólio de competências de indivíduos e sub-grupos.

Para DUTRA (2004), na medida em que a organização transfere seu patrimônio para as pessoas, enriquecendo-as e preparando-as para novas situações profissionais e pessoais, estas agregam valor à empresa, quando executam ou entregam resultados de suas competências individuais. Este patrimônio de competências, próprio da empresa e de seus profissionais, constitui um recurso estratégico na abordagem dos recursos da firma, porque pode se estabelecer como diferencial competitivo, FLEURY & FLEURY, (2000).

SANCHEZ et al, (1996, *apud* MILLS, 2002b), autores que contribuíram para propagar o conceito e sua utilização, definem competência como “*a habilidade de uma organização de sustentar o emprego coordenado de ativos e capacidades de forma a ajudar a atingir seus objetivos*”.

Conforme assinalado por MILLS et al (2003 b), o conceito de competências organizacionais encontra muita variabilidade já que muitos autores dispõem de definições individuais sobre o tema. Além disso, emprega-se na literatura o termo correlato de “*organizational capabilities*” atribuído a STALK et al, (1992) e mais recentemente WINTER, (2000). Para o primeiro autor, as capacidades da empresa são níveis superiores de desempenho em processos como gestão de suprimentos e

introdução de novos produtos e não simplesmente às tecnologias empregadas nestes e outros processos.

De maneira geral, o termo “*capability*” apresenta significado mais amplo, incluindo além das competências a estratégia e as habilidades de uma organização, dois termos mais ligados ao componente humano dos estudos organizacionais, (ZEHIR, et al 2006).

GRANT, (1991), e TEECE, (1997), assinalam que não existe relação pré-determinada entre recursos e “capacidades” organizacionais, mas a conjuntura externa, a cultura, (normas, rotinas, valores e comportamentos), estilos de liderança, e disponibilidade quantitativa e qualitativa de recursos configuram contextos singulares, difíceis de imitar. Todos estes fatores combinados podem levar à geração de competências organizacionais ou, em alguns casos, propiciar os meios favoráveis ao surgimento das competências essenciais.

PRAHALAD e HAMEL, (1990), contribuíram para a difusão do conceito de competências, diferenciando duas categorias. Competências essenciais, (ou *core competences*), são a capacidade de combinar, misturar e integrar recursos em produtos e serviços determinando a competitividade organizacional, oferecendo reais benefícios aos consumidores, sendo difícil de imitar e provendo acesso a diferentes mercados. Segundo estes autores:

“(...) a organização possui diversas competências organizacionais, localizadas em diversas áreas; destas, apenas algumas são as competências essenciais, aquelas que a diferenciam e que lhe garantem uma vantagem competitiva sustentável perante as demais organizações”; (PRAHALAD & HAMEL, 1990).

Para HENDERSON, (1994), uma competência pode ser considerada como fator de vantagem competitiva quando preenche os seguintes critérios: ser distribuída heterogeneamente numa indústria, ser difícil de adquirir ou vender e difícil ou custosa para se replicar. Neste sentido estas competências criam diferenciais ou promovem “vantagens competitivas sustentáveis”, tornando-se fundamentais para a sobrevivência das organizações no longo prazo.

Neste trabalho foi empregada conceituação utilizada por MILLS et al, (2002), que considera competência organizacional como a capacidade de coordenar recursos e processos, que conduzam a um determinado nível de desempenho. Este autor também classifica competências organizacionais em básicas ou de suporte, quando propiciam o desenvolvimento e/ou a manutenção de competências de “nível superior”, ou distintas. Para PETERS, (1984), e PORTER, (1979), estas últimas descrevem uma habilidade que distingue a empresa dos concorrentes, proporcionando benefícios tangíveis para consumidores e agregando competitividade ao negócio. Deste modo, aproximam-se das “*core competences*”.

Quaisquer que sejam os autores e termos adotados, existe certo consenso entre o relacionamento entre competências ou capacidades e desempenho. E, na perspectiva de FLEURY & FLEURY, (2000), este desempenho tem que necessariamente agregar valor econômico à organização. DUTRA, (2004), estudioso das competências em seus campos individual e organizacional, concorda com a idéia de “agregação de valor econômico”, ao sugerir que conhecimentos, habilidades e atitudes devem ser “entregues” pelo indivíduo à organização para caracterizar uma atuação competente.

Além do conceito, serão aqui apresentadas algumas classificações de competências organizacionais para contextualizar a categorização utilizada por MILLS et al (2002). Para este autor, são encontradas as seguintes competências nas organizações:

- *Core Competences*: Competências importantes para o nível corporativo das organizações, que demandam atividades com alto nível de competência, que são cruciais para a sustentabilidade do negócio e centrais à estratégia da empresa.
- Competência Distintiva: Competências que o consumidor reconhece como diferenciadoras da concorrência e que proporcionam vantagem competitiva.
- Competências Organizacionais ou da Unidade de Negócios: Competências relacionadas a um pequeno número atividades desempenhadas pelas unidades de negócio da empresa.
- Competências Suporte: Competência em um a atividade importante e que proporciona um leque de outras atividades dela dependentes.
- *Dynamic Capability*: Capacidade da empresa em adequar e ajustar suas competências ao longo do tempo e relacionadas aos recursos importantes para mudança. Esta categoria parece ser oriunda do conceito homônimo, introduzido por TEECE,

(1997), e implica na reestruturação dos recursos e reordenação de competências para adaptações ao ambiente. EISENHARDT & MARTIN, (2000), definem *dynamic capabilities* como:

“Processos da firma que utilizam recursos – especificamente os processos de integrar, gerar e liberar recursos – para se equiparar ao mercado ou se diferenciar nele. Dynamic capabilities são então as rotinas organizacionais e estratégicas pelas quais as empresas alcançam novas configurações de seus recursos à medida que os mercados se formam, evoluem, se rompem ou desaparecem.”

ZARIFIAN, (2001), autor que estudou influências das mudanças do trabalho nas competências individuais também categoriza alguns tipos de competência em uma organização:

- Competências sobre processos: envolvem os conhecimentos sobre os processos de trabalho.
- Competências técnicas: envolvem conhecimentos específicos sobre o trabalho realizado.
- Competências sobre a organização: envolvem a organização dos fluxos de trabalho.
- Competências de serviço: envolvem a avaliação do impacto que determinado produto ou serviço terá sobre o produto final, aliada à competência técnica.
- Competências sociais: envolvem atitudes que sustentam comportamentos das pessoas, “saber ser”. O autor identifica três domínios destas competências: autonomia, responsabilização e comunicação.

Alguns autores como HENDERSON & COCKBURN, (1994), e NELSON & WINTER, (1992), empregam em seus estudos o conceito de arquitetura de competências. Nesta perspectiva, o modo como determinada empresa integra e mobiliza recursos e competências, de modo a obter uma configuração específica, pode ser atribuído ao direcionamento estratégico.

Através da categorização de MILLS et al (2002), torna-se possível identificar competências em níveis diferenciados. A articulação de competências de suporte em organizacionais e destas em distintivas é possibilitada pela coordenação. Para LIEDTIKA, (1999), este elemento chave corresponde ao termo de meta-competências e

se caracteriza pela maneira com que a empresa gerencia e mobiliza seus recursos e competências. Vale ressaltar que para estes autores, esta articulação determinará a formação de competências diferenciadoras ou eventualmente essenciais. GRANT, (1991), também assinala que a disponibilidade de recursos não basta para explicar o desempenho de algumas empresas e que o ingrediente importante na relação entre recursos e “*capabilities*” é a habilidade de alcançar cooperação e coordenação entre equipes.

A coordenação caracteriza o primeiro elemento importante em qualquer modelo de arquitetura de competências. Como observam MILLS et al, (2003 a), a palavra arquitetura implica em estrutura de organização composta por partes ou blocos de construção. Desta maneira, a composição destes blocos é o segundo elemento importante a ser definido. No modelo analisado, estes blocos são compostos por recursos, usualmente mobilizados na geração de mais de uma competência.

Outro elemento importante trata da noção de entrega, que remonta à PENROSE, (1959). Para esta autora, a entrega é obtida através da coordenação de diferentes recursos. E, segundo MILLS et al, (2003 a), a coordenação destas entregas caracteriza competências que, se por sua vez adequadamente coordenadas, configuram competências de nível superior.

Conforme mencionado nos procedimentos metodológicos descritos Capítulo 4, o modelo de arquitetura de competência dos autores precisa amparar-se em narrativa que apreenda o contexto organizacional. Além disso, pela limitada abrangência temporal da intervenção dos pesquisadores, alguns aspectos referentes à coordenação e desenvolvimento passado de competências podem ter limitada representação no modelo. No entanto, pode-se utilizá-lo para decompor recursos e competências com qualificações múltiplas na identificação de potenciais na operação ou em níveis estratégicos, (MILLS et al, 2003 a).

3.3 Visão da Empresa Baseada em Recursos

A questão fundamental no campo da gestão estratégica trata do modo com que empresas geram e sustentam vantagens competitivas. (TEECE, 1997). Direcionando atenção neste sentido, a Teoria dos Recursos da Firma ou *Resource Based View of the Firm*, (*RBV*), representa uma mudança de paradigma no entendimento da competitividade nos negócios. Esta teoria sofreu influências dos campos da economia e sociologia e apresentou em sua evolução duas linhas de pensamento complementares. A primeira, baseada nos trabalhos de Ricardo, (1817), atribuía uma performance superior, ou rendas ricardianas, à garantia de acesso a recursos escassos, valiosos e de difícil imitação, demonstrando preocupação em privilegiar o desenvolvimento e preservação de recursos contra possíveis imitações e/ou substituições, (BECKER, 2004). Com o aprofundamento das raízes sociológicas do tema, a *RBV* ganhou cunho mais explicativo, utilizando elementos que ressaltassem a complexidade subjetiva e a dinâmica dos processos internos da firma, definida como:

“ um conjunto de recursos cuja utilização é organizada por um quadro de referência administrativo. Em certo sentido, os produtos finais sendo produzidos pela empresa em um dado momento representam apenas uma das múltiplas possibilidades pelas quais a empresa poderia estar utilizando seus recursos, um incidente no desenvolvimento de suas potencialidades básicas.” (PENROSE, 1959).

Esta autora descreve recursos como algo que represente uma força ou fraqueza de uma dada empresa, sejam eles tangíveis ou não. No entanto, PENROSE op cit distingue o uso da simples posse de um recurso, já que o que diferencia um serviço ou produto é a alocação concatenada e com determinada intensidade das potencialidades da firma.

Deste modo, a diferença de performance entre as firmas pode ser entendida pela maneira como estas mobilizam seus recursos de modo a se tornarem competitivas. Na perspectiva da *RBV*, uma organização pode ser entendida como conjunto de recursos empregados de maneira produtiva para gerar riqueza.

Esta abordagem complementa, ao invés de se contrapor, à perspectiva estratégica da Escola do Posicionamento, segundo a qual a performance superior é alcançada a partir de uma posição vantajosa em uma indústria atrativa, (PORTER, 1986). Durante os anos oitenta os principais desenvolvimentos em análises da literatura tratavam do relacionamento entre estratégia e o ambiente externo, negligenciando o balanceamento de oportunidades e risco com os recursos e capacidades da empresa. Segundo MILLS et al (2002) “...as firmas baseiam seus objetivos de negócios em m satisfazer as necessidades dos clientes”, focando, portanto, nas oportunidades e ameaças do ambiente sem atentar à análise dos aspectos internos da organização, com seus pontos fortes e fracos. Neste sentido, a RBV e seus desdobramentos conceituais podem auxiliar os gestores no direcionamento de estratégias e dos negócios.

Para MILLS et al (2003 b), um recurso é algo que a organização possui ou tem acesso, mesmo que esse acesso seja temporário (...), assim como uma competência é uma habilidade para fazer alguma coisa (...) e uma competência é construída a partir de um conjunto de ‘blocos’ denominados recursos”. Os recursos podem ser valiosos, quando tem potencial de gerar vantagens para a firma, sustentáveis quando a vantagem em desempenho é sustentável e/ou durável e versáteis quando podem ser utilizado de diversas maneiras e/ou situações distintas.

Muitas categorizações de recursos foram propostas na literatura como a de PENROSE constituída por recursos tangíveis como planta física, equipamentos, recursos naturais e materiais e recursos humanos, intangíveis, provenientes da força de trabalho treinada, ou inexperiente em modelos de administração, finanças, técnicas produtivas, de venda, etc. MILLS et al, (2002), também apresenta seis categorias de recursos:

- Recursos tangíveis: Instalações, colaboradores, equipamentos, posição geográfica, detenção de patentes e licenças, ações, e outros objetos físicos.
- Conhecimentos, habilidades e experiências: Importante conjunto de recursos tácitos, geralmente não escritos, dos quais os detentores podem nem ter consciência de possuir.
- Recursos processuais e sistemas: ampla gama de recursos documentados, como recrutamento e seleção, sistemas de avaliação e remuneração por performance. Os documentos e softwares utilizados são tangíveis, mas a eficiência destes sistemas depende da experiência e conhecimento de seus operadores e usuários.

- Recursos culturais: Tipo de recurso intangível desenvolvido ao longo de do tempo e geralmente vinculados às atitudes e trajetória dos fundadores, líderes e de eventos passados. Incluem-se os valores, crenças e comportamentos, alinhando-se ao conceito de cultura organizacional proposto por Edgard Schein em 1983. Ressalta-se que para este último autor, a cultura possui um enfoque mais abrangente que a simples classificação como recurso faz supor, (SCHEIN, 1986).

- Recursos de networking: Grupos de interesse dentro da organização, redes de interação entre pessoal da empresa e fornecedores, clientes, autoridades e assessores. Incluem-se a reputação e marca nesta categoria.

- Recursos com potencial dinâmico: Uma característica chave relacionada ao reconhecimento de quando os recursos tornaram-se ultrapassados e que necessitam de alterações para possibilitar mudanças.

A literatura da *RBV* tem enfatizado que a geração de valor para os clientes e para a própria empresa passa pela disponibilidade, qualidade e maneira de mobilização dos vários recursos organizacionais. Para BARNEY, (1991), os recursos estratégicos não conferem vantagens *per se*, mesmo quando são valiosos, raros e imperfeitamente imitáveis. Este autor destaca a importância da seleção, desenvolvimento, articulação e combinação dos mesmos para gerar vantagens competitivas.

A competição através dos recursos da empresa tem sido um conceito cada vez mais empregado na prática e no campo acadêmico, com especial atenção ao modo como são obtidas e sustentadas vantagens competitivas através das capacidades organizacionais. E, desta forma, ressaltam STALK et al, (1992):

“A essência da estratégia não consiste em portfólios de produtos ou na estrutura do mercado, mas depende da dinâmica do comportamento da empresa. Como objetivo deve-se tratar do desenvolvimento de capacidades organizacionais difíceis de imitar, que distingam a empresa de seus competidores na percepção dos clientes”.

3.4 Estratégias de Integração Vertical

Em ambientes competitivos, diversas maneiras de associação entre empresas foram experimentadas e estudadas, com ou sem vínculos de propriedade. Considerando-se a cadeia produtiva de cada setor, podem-se empreender integrações através de propriedade e relações contratuais, seja entre empresas competidoras num mesmo estágio da cadeia de produtiva, integração horizontal, ou entre empresas fornecedoras e compradoras em estágios consecutivos na cadeia, integração vertical. (HARRIGAN, 2003). Outro conceito trata da integração em redes que agregam simultaneamente empresas no sentido horizontal e vertical, mencionadas adiante. Este trabalho abordou com mais ênfase a questão do vínculo de propriedade, muito característico no movimento de integração vertical das empresas de assistência médica privadas no Brasil.

Para WILLIAMSON, (1979), a definição micro-econômica de integração vertical implica no envolvimento de uma empresa em mais de um estágio na cadeia de um determinado processo produtivo. De acordo com pesquisas conduzidas a partir dos anos sessenta e setenta, o aumento da competição e de variáveis de incerteza provavelmente determinou mudanças significativas nos movimentos de verticalização que ocorreram até a onda de reestruturação corporativa entre os anos oitenta e noventa. (CHANDLER, 1990; STUCKEY & WHITE, 1993; MPOYI, 1997, 2000 *apud* BULLINGTON & MPOYI, 2004). Parte desta literatura aponta a ciclicidade como característica comum aos movimentos de integração ocorridos em diversos setores, da siderurgia e indústria têxtil do séc. XIX, passando pela indústria automobilística, farmacêutica e petrolífera até os dias atuais. Neste sentido, o movimento de verticalização empreendido nos últimos anos pelo setor de assistência médica brasileiro, foco deste trabalho, foi tardio em relação ao mercado de saúde norte-americano com um ciclo iniciado na década de setenta, ou mesmo em relação outros setores econômicos do país que, estruturam-se atualmente buscando parcerias e alianças.

A literatura sobre integração vertical origina-se nos estudos de economia das organizações de Ronald Coase em 1937 e ganha corpo quarenta anos mais tarde com o emprego da Teoria dos Custos de Transação de WILLIAMSON, (1975,1979), e KLEIN, CRAWFORD *and* ALCHIAN (1978). Suas obras concentram atenção nos riscos e custos inerentes às relações contratuais de longo prazo, determinando a decisão

de uma empresa em integrar a produção de outro patamar da cadeia produtiva em que atua como forma de buscar eficiência produtiva. Nesta teoria ocorre importante distinção entre relações contratuais com o mercado e aquelas internas à corporação. Ressalta-se que no caso das hierarquias, (com propriedade integral), existe maior controle sobre contratos, sobre “incertezas futuras” e sobre os funcionários, Estes últimos, são considerados “novos agentes econômicos” porque têm interesses distintos da empresa, e por isso precisariam ser controlados para garantir as funções microeconômicas tradicionais de maximização de lucros, (para as firmas), ou de utilidade, (para os consumidores). Estes autores apontam que uma corporação verticalmente integrada terá vantagens sobre outras atuando independentemente quando houver margem de lucro considerável na cadeia produtiva. A idéia central, é que uma firma não integrada e um fornecedor independente irão despender muitos recursos barganhando por este lucro, o que seria restringido burocraticamente na empresa verticalizada.

Outro enfoque teórico submetido à comprovação empírica por GROSSMAN & HART, (1986), trata dos direitos de propriedade. Neste entendimento, a posse dos recursos ou, em outras palavras, de empresas em segmentos consecutivos na cadeia produtiva, eliminaria transações comerciais entre fornecedor e comprador e, por consequência, agregaria estabilidade ao processo produtivo. Esta perspectiva aproxima-se do conceito de controle dos meios de produção implícito nas hierarquias, embora considere as propriedades compartilhadas.

A questão da estabilidade também é tratada por uma vertente teórica. Genericamente, quanto mais incerteza estiver implicada num determinado processo produtivo, maiores serão as chances da ocorrência e do sucesso relativo da integração vertical, WILLIAMSON, (1975). No entanto, como aponta o estudo de BALAKRISHNAN & WERNERFELT, (1986), no caso específico das “incertezas tecnológicas”, quando ocorre rápida obsolescência da tecnologia, pode ocorrer o oposto ou seja: a vantagem de empresas não integradas verticalmente. Um terceiro enfoque introduzido por AFUAH, (2001), demonstra que em situações nas quais mudanças comprometem competências tecnológicas a performance de uma firma é afetada diferentemente se sua integração apresenta a tecnologia ultrapassada ou atual. Nesta lógica, as empresas verticalizadas sob novos paradigmas tecnológicos terão melhor

desempenho que as não integradas. Estas, por sua vez, terão melhores resultados que as verticalizadas sob o paradigma tecnológico anterior.

A literatura de Gestão Estratégica sobre o tema abordou a teoria do Ciclo de Vida do Produto e das Contingências que, na visão de HARRIGAN, (2003), pecam por não distinguir especificidades de diferentes indústrias. A primeira teoria advoga que setores mais imaturos em termos de cronologia dos produtos tendem a ser mais verticalizados, (STIGLER 1968 *apud* MAHONEY, 1992). Na abordagem da Teoria das Contingências propõe-se que o posicionamento estratégico e especificamente a maneira e intensidade pela qual a empresa se verticaliza depende de fatores contingenciais, geralmente relacionados às incertezas do setor de atuação e ambiente competitivo. (BEGUN, J., CLEMENT, J., WAN, T., 2001, *apud* PFEFFER, 1982).

As estratégias de integração vertical podem ocorrer através de um espectro de estruturas de controle que engloba contratos de curto e longo prazo entre fornecedores e compradores, *franchising*, *joint-ventures*, fusões e aquisições. (WILLIAMSON, 1991 *apud* MAHONEY, 1992). AZEVEDO, 1998, classifica os arranjos verticais em quatro modalidades básicas, segundo intensidade do vínculo de propriedade mantido entre as empresas, com pode ser visualizado na figura abaixo:

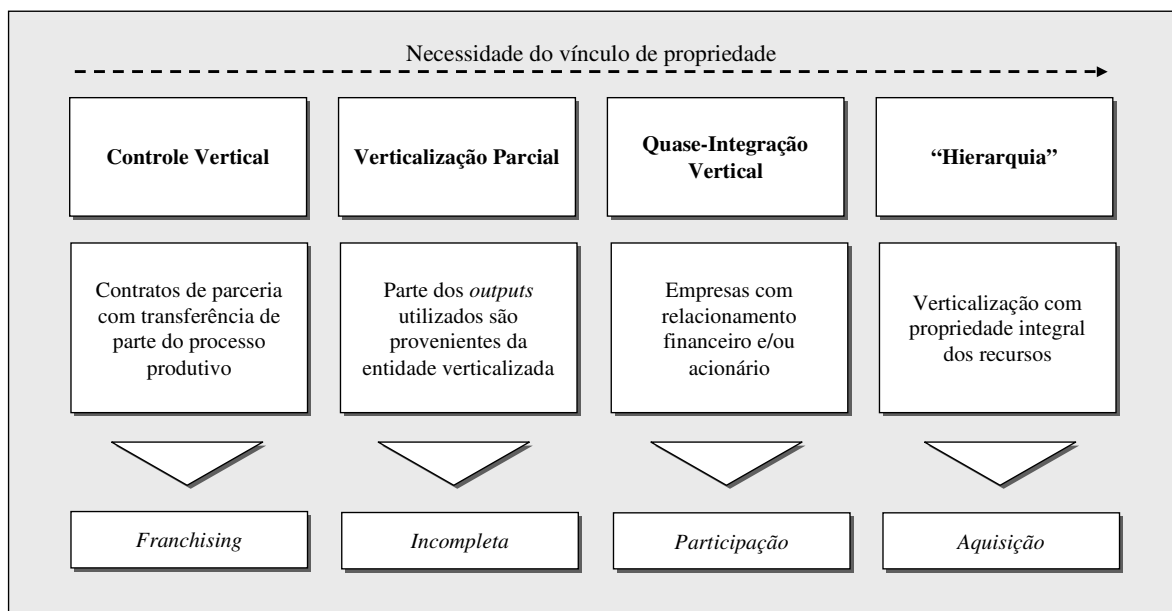


FIGURA 1: INTENSIDADE DO VÍNCULO DE PROPRIEDADE DOS ARRANJOS VERTICAIS

Fonte: Adaptado de AZEVEDO, 1998.

Nota-se que o “controle vertical” mencionado pelo autor trata da terceirização de processos produtivos sem relacionamento acionário incluindo as atividades de *franchising*. Para outros autores, este mesmo termo é empregado para designar hierarquias ou controle integral da produção em diferentes estágios da cadeia, e também a quase-integração vertical com participação majoritária.

Conforme exposto no Capítulo 1, este trabalho adotou o termo integração vertical como sinônimo de arranjos verticais e de verticalização, embora este último seja utilizado por vários autores para designar as hierarquias ou a propriedade integral da produção.

Para HARRIGAN, (2003), existem quatro dimensões que definem movimentos de integração vertical.

1. Estágio: refere-se ao número de estágios na cadeia produtiva em que a empresa participa.
2. Amplitude: descreve o número de processos produtivos desempenhados pela empresa num determinado estágio da cadeia.
3. Grau: trata da proporção em que a empresa utiliza inputs originados de sua própria produção em outro estágio da cadeia. Corresponde à verticalização parcial
4. Forma: refere-se ao vínculo de propriedade exercido nas integrações verticais e podem constitui-se de relações contratuais, propriedade compartilhada ou propriedade exclusiva.

Esta autora relaciona os movimentos de integração vertical ao risco inerente à atividade de determinado setor, como instabilidades no fornecimento de matérias-primas, e ao grau de desenvolvimento alcançado com o tempo. Estes componentes levariam a verticalizações com características distintas, pela combinação dos quatro fatores descritos anteriormente: número de estágios da cadeia produtiva, amplitude, grau e vínculo de propriedade. Em sua opinião, o entendimento das especificidades do setor pode, desta forma, determinar o modelo de integração vertical mais adequado conforme a esquematização da figura abaixo:

		VOLATILIDADE NO SETOR	
		Baixa incerteza	Alta incerteza
FASE DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL	Embrionário	Não integrar ou quase-integração	Não integrar
	Emergente	Quase-integração	Quase-integração
	Estabelecido	Integração total ou parcial	Integração parcial ou quase- integração
	Decadente	Integração parcial ou não integrar	Não integrar

FIGURA 2: ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO VERTICAL SEGUNDO RISCO E FASE DE DESENVOLVIMENTO DO SETOR

Fonte: HARRIGAN, (2003).

Após ampla revisão das pesquisas acadêmicas, MAHONEY, (1989,1992) sugere que os motivos básicos que levam à integração vertical podem ser classificados em quatro categorias principais: (1) Considerações sobre os custos de transação; (2) Considerações estratégicas; (3) Vantagens de preço em *outputs* ou *inputs*; (4) Incertezas de custos dos *inputs* ou preço dos *outputs*.

Apesar da variabilidade na conceituação e principalmente nas implicações dos processos de integração vertical apontados na literatura, algumas linhas teóricas convergem em alguns pontos comuns, descritos a seguir:

Benefícios Econômicos:

- Economia de Escopo: a produção de bens e serviços em um determinado patamar da cadeia de valor pode se tornar mais homogênea e especializada ao se voltar para um único consumidor através da verticalização, (WILLIAMSON, 1975; KLEIN, CRAWFORD and ALCHIAN 1978).
- Economia de Integração: a coordenação comum de atividades minimiza o comportamento oportunista que ocorreria entre dois agentes distintos gerando maiores custos de transação. Além de suprimir *overheads* a centralização do controle a integração entre diferentes unidades de negócio pode gerar sinergias que potencializem a atividade fim da empresa, (KLEIN, CRAWFORD and ALCHIAN 1978).

- Racionalização de recursos: as atividades de marketing e comerciais podem ser suprimidas se a produção for voltada a um único consumidor ao passo em que os custos com distribuição podem ser minimizados considerando um ou poucos centros consumidores do bem produzido.

Benefícios Competitivos:

- Criação de barreiras de entrada para novos competidores uma vez que se ampliam os custos e o know-how necessários para entrada no negócio. A integração vertical possibilita a uma empresa aumentar o preço de seu *input* e diminuir o preço de seu *output* como forma de criar barreira de entrada a competidores - *Price Squeezing* - praticado por indústrias de aço, JOSKOW, (1985). Em outros setores como o de microinformática descrevem-se casos de *dumping* em que empresas verticalizadas dificultam ou impedem a venda de *outputs* para fornecedores concorrentes, (BALAKRISHNAN & WERNERFELT, 1986).

- Proteção de propriedade intelectual na produção de insumos ou produtos intermediários. Esta colocação parte do pressuposto de que não ocorre compartilhamento tecnológico ou intercâmbio de conhecimento nas transações entre empresas não integradas verticalmente, (ARGYRES, 1996).

- Maior habilidade de estimar variações de demanda de produtos seguinte na cadeia de valor contribui para direcionar produção do bem intermediário, diminuindo riscos associados a oscilações do mercado, (HARRIGAN, 2003).

- Maior inteligência sobre cliente final permite adaptações mais rápidas a novas tendências de consumo. Esta característica decorre da especialização do fornecedor, caso atenda exclusivamente ou tenha grande parte da produção voltada a um único cliente, e também da integração dos sistemas de informação na corporação verticalizada, (HARRIGAN, 2003).

- Auditoria e Alocação de Recursos: a auditoria das próprias divisões é facilitada, proporcionando manter padrões de qualidade homogêneos e as informações fazem com que se possa alocar pessoal mais efetivamente entre diferentes divisões do negócio, (MAHONEY, 1992).

- Motivação: seleção, treinamento e socialização podem minimizar as divergências entre pessoas e colaborar para convergência de objetivos, (EISENHARDT, 1985).

Potenciais Implicações Negativas da Verticalização:

- Diminuição de escala e aumento dos custos marginais do produto uma vez que a produção é voltada a um único cliente ou pelo menos a uma quantidade relativamente menor deles, WILLIANSO, (1979). Além disso, a adoção de inovações pode também não ser financeiramente viável dependendo da escala de produção, (HARRIGAN, 2003).
- Distanciamento dos mecanismos de controle competitivo do mercado e burocratização de processos internos pode tornar a empresa fornecedora mais defasada em relação a novas tecnologias, metodologias de gestão, canais de vendas, etc. O acesso a fornecedores e a outros compradores torna-se mais restrito, diminuindo trocas de informação, conhecimento e experiências, (BALAKRISHNAN and WERNERFELT, 1986).
- Integração vertical mal executada: algumas empresas mantêm seus negócios relacionados com limitado grau de integração, sem explorar de sinergias ou trocar conhecimentos específicos, HARRIGAN, (2003).
- Integração vertical mal indicada: outras empresas utilizam-se da verticalização apenas para compensar posições competitivas precárias e permanecem invariavelmente aquém dos resultados obtidos pelos concorrentes, HARRIGAN, (2003).

Devido à escassez de análises acadêmicas sobre integração vertical na Medicina Suplementar no país, recorreu-se à literatura de Gestão em Saúde norte-americana, relativamente pródiga na década de noventa, respeitando-se os diferentes contextos e proporções. Alguns autores enumeraram vantagens presumidas do processo de verticalização das “empresas de saúde” daquele país, com ênfase nos aspectos de controle dos custos de produção e aumento do poder de negociação com fornecedores e compradores de serviços, gerando, em última análise, fortalecimento da posição competitiva das empresas verticalizadas através de ganhos econômicos. (HIGGINS & MEYERS, 1987; BURNS, KIMBERLY, & WALSTON, 1996; BYRNE & WALNUS, 1999; WANG, CLEMENT & BINGLONG, 2001).

A integração vertical entre empresas do setor de assistência médica nos EUA merece contextualização. Na primeira metade na década de noventa, o mercado de saúde norte-americano experimentou um período de intensa consolidação, popularizando também neste setor, o pressuposto do “*bigger is beautiful*”.

Este movimento foi iniciado com a integração horizontal de hospitais na década de setenta e posteriormente através de seis padrões básicos de integração vertical com vínculo de propriedade integral ou não; (HIGGINS & MEYERS, 1987; BYRNE & WALNUS, 1999). (Vide na Figura 3, Anexo 4, os principais padrões de integração vertical nos EUA, pg. 142).

Com estes processos de integração, fortaleceram-se grandes operadoras de planos de saúde com atuação regional e nacional, (através integração vertical), e grandes conglomerados hospitalares, (através de integração horizontal). Todos buscavam três objetivos principais: alcançar maior contenção dos custos médicos através do controle hierárquico da produção, fortalecer sua posição competitiva nos mercados regionais e, conseqüentemente, se tornarem mais atrativos a investidores visto que, em sua maior parte, se tratavam de empresas de capital aberto. Um quarto benefício consistiu na formação de cadeias de serviços que contemplavam vários estágios da atenção médica numa mesma corporação; dos atendimentos mais simples ao mais complexos. Com isso, permitiram-se melhores condições para implementação de modelos prospectivos de ressarcimento de serviços médicos, (em substituição ao *fee-for-service*), além de se atender a legislações de estados específicos, que exigiam um portfólio mínimo de recursos assistenciais para vincular a organizações nos programas de cobertura de saúde com financiamento público, (*Medicare* e principalmente *Medicaid*). (Vide na Figura 4, Anexo 5, resumo dos modelos de financiamento adotados no setor saúde daquele país, pg. 142).

Nem todas as empresas que empreenderam estes processos obtiveram sucesso e o excesso de otimismo que geralmente acompanha os movimentos do mercado cedeu lugar ao enxugamento relativo dos grandes grupos verticalizados e horizontalizados através de vínculo de propriedade, (BURNS, KIMBERLY, & WALSTON, 1996).

Por outro lado, expandiram-se movimentos denominados de “integração virtual” através de controles contratuais, que culminaram na formação de entidades complexas e multifacetadas, *Integrated Delivery Networks*, (*IDNs*), ou *Integrated Delivery Systems*, (*IDSs*). Estas “redes” apresentam tipicamente grupos médicos integrados verticalmente a clínicas e hospitais que, por sua vez podem estar horizontalmente integrados a outros mais complexos de forma a suprir demandas diferenciadas. Integrada verticalmente a esta rede de prestadores majoritariamente independentes está uma operadora de planos, geralmente *Health Maintenance*

Organization, (HMO), que pode estar vinculada a uma seguradora ou prestadores de serviços através de vínculo de propriedade. Esta organização, financiada por pré-pagamento, seria co-responsável juntamente à rede pelo status de saúde de determinada população, (ROBINSON & CASALINO, 1996; SAVAGE et al, 1997). (Vide na Figura 5, Anexo 6, representação das integrações que constituíram as redes integradas de organizações de saúde nos EUA, pg. 143).

Além da ausência de propriedade, uma diferença básica entre a integração em redes e movimentos de integração vertical ou horizontal com controle hierárquico consiste na colaboração entre as empresas visando diminuir dificuldades que se traduzem como “custos de transação”, além de reduzir incerteza e riscos. A colaboração proporcionada nas redes oferece a possibilidade de maior intercâmbio de informações além do compartilhamento de ganhos tecnológicos das empresas, contribuindo para o aumento da eficiência econômica e, por conseqüência da produtividade. (OLAVE & NETO, 2001).

Para configurarem-se redes de empresas, a mesma autora ressalta a necessidade da ocorrência e equacionamento de três aspectos: a cultura da confiança que diz respeito aos interesses e valores que determina cooperação propriamente dita; a cultura da competência que determina as capacidades de cada parceiro e a cultura de TI com vistas a agilizar o processo de integração entre as empresas.

OLIVARES, (2002), destaca como aspecto relevante a variabilidade da estrutura organizacional das redes, conforme o contexto em que estas se configuram. Para o autor, não existe uniformidade da terminologia empregada na literatura e trata-se ainda de um campo de conhecimento em construção. (Vide Quadros 3 e 4, Anexos 8 e 9, págs. 144 e 145). De modo geral, as redes podem ser constituídas horizontalmente, quando formadas por organizações concorrentes que oferecem o mesmo tipo de serviço ou produto final e, verticalmente, por organizações que atuam de forma complementar numa cadeia produtiva. (Vide Figura 6, Anexo 7, pg. 143). Este último autor adota a seguinte definição de redes:

“... um arcabouço que serve de base para o funcionamento simultâneo, coordenado, equilibrado e integrado de mais de uma organização, pois representa as diversas relações inter-organizacionais existentes entre os elementos que a conformam. Estas relações abrangem aspectos técnicos e comportamentais baseados nos componentes e condicionantes que influenciam seu próprio desenho”.

Explicam-se os termos considerados desta definição:

- Arcabouço representa o arranjo organizacional, ou esqueleto imaginário que abrange as diversas unidades da rede.
- Funcionamento Simultâneo, porque relaciona duas ou mais organizações de forma ativa e interdependente.
- Funcionamento Coordenado, porque é necessária precisão no desenvolvimento das diversas operações e/ou processos intra-organizacionais.
- Funcionamento Equilibrado, porque o resultado será avaliado equitativamente quanto à qualidade, quantidade, custo e tempo das organizações, de acordo com a sinergia das competências desenvolvidas.
- Os aspectos técnicos e comportamentais relacionam os mecanismos formais e informais entre diversas células da rede, levando-se em conta o comprometimento dos colaboradores de cada unidade.
- Condicionantes e componentes são elementos que determinam o perfil característico do arranjo organizacional em rede, como contingências regulatórias, macro-econômicas e competitivas.

Através de dados coletados por *surveys* da *American Hospital Association*, (AHA), BAZZOLI et al, (1999), identificaram tipologias distintas de redes e sistemas de saúde naquele país conforme os critérios de diferenciação de produtos e serviços oferecidos, bem como o grau de dispersão geográfica destas redes e sistemas. Estes autores consideraram como a diferença básica entre redes e sistemas o vínculo de propriedade, presente nos sistemas de forma integral ou compartilhada. (Vide no Quadro 5, Anexo 11, as principais características encontradas entre os diversos tipos de redes e sistemas de saúde nos EUA, pg. 147).

Outra maneira de classificar os movimentos de integração consiste nas chamadas alianças estratégicas. Conforme define PARKHE, (1993), são acordos

cooperativos inter-firmas que provêm melhores condições competitivas às empresas, geralmente caracterizados pela instabilidade inerente à perspectiva do comportamento futuro dos parceiros na ausência de uma entidade que assegure o controle desta integração. Este tipo de aliança pode ocorrer entre empresas de um mesmo segmento, eventualmente competidoras, ou entre empresas fornecedoras e compradoras. Neste último caso, nota-se interposição de conceitos com alguns modos de integração vertical como a formação de *joint-ventures*, participação acionária ou quase-integração vertical. Mas, a interposição maior ocorre com o conceito de rede já que ambos denotam os três quesitos a seguir:

- Independência entre as empresas do ponto de vista legal, sem a necessidade do vínculo proprietário das integrações verticais das hierarquias.
- Compartilhamento de benefícios e controle gerencial conjunto sobre tarefas específicas.
- Contribuições sinérgicas em uma ou mais áreas estratégicas.

LORANGE & ROOS, (1996), propõem a classificação de alianças estratégicas conforme os objetivos que se pretendem alcançar, o prazo para o alcance destes objetivos e o grau de integração entre as empresas, situado num espectro onde se excluíam os extremos: a hierarquia com vínculo integral de propriedade e o mercado.

As alianças estratégicas proporcionam uma maneira de se observar e classificar as integrações no setor de assistência à saúde dos EUA, em seus sentidos vertical e horizontal. O primeiro tipo de aliança, através de acordos contratuais, passou a predominar já na segunda metade da década de noventa, suplantando os modelos de integração por aquisição e participação acionária embora, esta última, também possa ser classificada como aliança estratégica conforme a definição utilizada. Como exemplos horizontais têm-se a formação de alianças hospitalares, constituídas por unidades de complexidade ou especializações distintas e que por isso, não competiriam diretamente numa mesma região. (Vide Figura 3, Anexo 4, pg. 142).

Como apontado pela literatura referida no Quadro 2, (abaixo), a razão declarada para as alianças estratégicas entre hospitais ou entre hospitais e *HMOs*, (operadoras de planos locais), era conseguir melhor performance econômica através do controle dos custos médicos e de um melhor posicionamento no mercado. No entanto, não foram evidenciadas diferenças significativas de performance econômica entre

organizações de saúde integradas e independentes, (BURNS et al, 1996). YOUNG II & RAJAGOLAPAN, (1995), apresentaram outra perspectiva sobre a formação de alianças no setor hospitalar. Para estes autores, o propósito principal destas alianças consistia em assegurar estabilidade e segurança. Em outras palavras, a formação destes arranjos interinstitucionais buscou a segurança coletiva para propiciar a sobrevivência destas organizações.

	Diminuição de custos e racionalização de serviços	Economias de Escala	Aumento do poder de negociação no mercado	Aumento dos lucros e da participação no mercado	Melhor recrutamento e retenção de Médicos	Aceitação no setor
FINDLAY 1993	X	X	X			
CODDINGTON 1994	X			X	X	
SHORTELL 1989	X		X			
PETERS 1994	X	X	X		X	
FOX 1989			X			
ACKERMAN 1992	X	X				
GILLIES 1993	X					
CONRAD 1993	X					
WIRTH 1993			X			
WHEELER 1986	X			X		
JOHNSON 1993	X		X			
CONRAD & DOWNLING 1990	X		X			
ZUCHERMAN & D'AUNNO 1990						X
BROWN & McCOOL 1986	X	X		X		

QUADRO 2 - SUMÁRIO DOS BENEFÍCIOS PRESUMIDOS PELA VERTICALIZAÇÃO NA LITERATURA DE GESTÃO EM SAÚDE DOS EUA

Fonte: BURNS, L., KIMBERLY, J. and WALSTON, S.; 1996

Embora pudessem ter havido pretensões semelhantes com a integração vertical das “empresas de saúde” no Brasil e EUA, as contingências que incentivaram este movimento são distintas e os aspectos mencionados no quadro podem ou não constituir benefícios concretos na realidade das empresas verticalizadas da Saúde Suplementar no país.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo tem o propósito de descrever o percurso metodológico do trabalho. Por trás de todo método de pesquisa social existem pressuposições básicas, que consistem na maneira do autor ver e entender o mundo. Pode-se dizer que, neste aspecto, a revisão bibliográfica e o enfoque da RBV bem como a experiência prática deste pesquisador tiveram grande influência.

Neste estudo buscou-se levantar as competências organizacionais relacionadas ao processo de verticalização em uma Operadora de Planos de Saúde, com ênfase na integração funcional dos recursos da organização e em sua coordenação efetiva.

Antes de se proceder a análises de competências de organizações pretendeu-se compreender o processo de integração vertical, em sua magnitude, implicações e fatores de motivação. Por isso, voltou-se primeiramente à literatura das áreas de estratégia e competitividade, de economia das empresas e organização produtiva, para determinar o arcabouço teórico do estudo. Posteriormente, recorreu-se à literatura de integração vertical específica do setor saúde, relativamente extensa no contexto norte-americano. Como naquele país o mercado de saúde apresenta muitas diferenças de estrutura, regulação, financiamento, escala e estágio de desenvolvimento em relação ao brasileiro, optou-se pela realização de um Estudo de Campo entre operadoras que atuassem na mesma região da empresa estudada. Desta forma, foi possível apurar algumas diferenças na realidade local em relação à literatura estrangeira.

Para a abordagem dos aspectos da verticalização na Medicina Suplementar optou-se por um estudo exploratório, na medida em que se pretendeu levantar questões ainda pouco abordadas nesta modalidade de organização em análises da literatura nacional. Por isso foi escolhido um Estudo de Campo que, segundo MATTAR (1999), constitui uma grande fonte geradora de hipóteses.

Foram utilizadas entrevistas individuais baseadas em roteiro semi-estruturado, para elaboração de análises com caráter qualitativo. Estas entrevistas tentaram abranger aspectos relacionados aos processos de integração vertical no meio acadêmico e especialmente aqueles encontrados na literatura norte americana de gestão de saúde. (Vide Roteiro de Entrevistas no Anexo 1, pg. 135). Para analisar as implicações da

verticalização na amostra de empresas do estudo, pediu-se que os aspectos mencionados fossem pontuados pelos respondentes conforme a vantagem proporcionada para empresas verticalizadas em relação à cadeia produtiva tradicional. Neste estudo empregou-se o conceito de verticalização para designar a integração vertical *backward* ou *forward* com vínculo de propriedade. (Vide esquematização na Figura 6, pg. 60)

O levantamento nas maiores operadoras verticalizadas atuando na Região Metropolitana de São Paulo contou com universo de empresas baseado nos seguintes fatores de inclusão:

1- Atuar na Região Metropolitana de São Paulo: além de constituir o maior mercado de saúde do país, com cerca de oito milhões de beneficiários, ou o equivalente à cobertura de 45,6% da população local, concentra atividade expressiva das maiores empresas de Medicina de Grupo e Seguradoras de Saúde, além de algumas Autogestões e uma importante Cooperativa Médica. Consideraram-se também os aspectos logísticos de uma pesquisa com entrevistas presenciais, (BRASIL, 2005).

2- Pertencer à modalidade de Medicina de Grupo, operadoras que inicialmente empreenderam o processo e que acumulam provavelmente maior experiência com o processo.

3- Possuir mais de 100.000 beneficiários: para oferecer serviços próprios e, especialmente hospitais, uma operadora precisa imobilizar recursos financeiros disponíveis geralmente em empresas de maior porte e, portanto, com uma grande população de contribuintes. Ademais, os recursos próprios visam atender principalmente os beneficiários da operadora e, por isso, dependem da escala de sua carteira de clientes.

4- Possuir um ou mais hospitais próprios há pelo menos um ano. Estes serviços de saúde representam por sua complexidade, o maior componente de despesas de uma empresa de planos de saúde. Neste sentido, um processo de verticalização de uma operadora que não contemple hospitais continuaria possivelmente incorrendo em maiores custos de transação, além de ser onerada pelos maiores custos de produção de redes credenciadas, (BEGUN, CLEMENT, WAN, WANG, 2001).

5- Ter permanecido livre de intervenção fiscal ou técnica da ANS, o que, se ocorrido, indicaria deficiências operacionais.

Foram identificadas nove empresas nesta situação e todas concordaram em designar executivos para responder às entrevistas. Esta amostra correspondeu ao universo pesquisado e por isso é representativa deste grupo de empresas, na região determinada. Agregaram-se operadoras com cento e vinte mil a um milhão e duzentos mil beneficiários, com mínimo de um e máximo de sete hospitais próprios. Apenas duas das empresas iniciaram as atividades nos últimos cinco anos, operando desta forma com 100% dos planos médicos regulamentadas pela Lei Federal 9656/98, ou seja, com padronização e sem exclusões de cobertura. Além disso, apurou-se nas entrevistas que as carteiras com menor tempo de evolução tendem a apresentar menores índices de sinistralidade pela vigência dos períodos de carência iniciais.

Todas as empresas pesquisadas apresentam “mix” de clientes individuais e corporativos, sendo que o percentual de beneficiários vinculados através de pessoas jurídicas varia de 60 a 90%. Ao atender clientes empresariais, estas operadoras apresentam grande volume de beneficiários das classes C e D, foco declarado das empresas de seis dos nove executivos entrevistados. Destes, dois eram Coordenadores Médicos envolvidos mais diretamente com operações médicas e outros sete, Diretores Técnicos dos respectivos planos de saúde.

Através dos dados da literatura e do entendimento de situação propiciado pelo estudo de campo foi possível compreender algumas peculiaridades e divergências entre a verticalização nos mercados de saúde norte-americano e brasileiro. Foi possível ainda, observar-se práticas dos concorrentes da empresa selecionada para o Estudo de Caso, parte principal deste trabalho.

O estudo de caso ocorreu entre maio e junho de 2006 numa cooperativa de trabalho médico que, com mais de um milhão de clientes, constitui a quinta maior operadora de saúde do país e a segunda maior em São Paulo, em número de clientes no município. As operações da empresa são concentradas neste município e parte da região metropolitana, enquanto as quatro maiores operadoras do país têm abrangência nacional.

Esta pesquisa foi exploratória na medida em que pretendeu levantar questões ainda pouco abordadas nesta modalidade de organização em análises da literatura nacional. Além disso, fez uso de técnicas qualitativas e, por este motivo, não permite a generalização dos resultados obtidos.

Os Estudos de casos são a melhor alternativa quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos que estuda e quando estuda fenômenos contemporâneos inseridos em um contexto determinado da vida real (YIN, 2001). Conforme EISENHARDT, (1989), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que permite a compreensão da dinâmica, presente em contextos específicos. Podem combinar métodos de coleta com entrevistas, análise de arquivos e relatórios, observações e questionários, propiciando a obtenção de dados quantitativos, qualitativos ou ambos.

Como principal instrumento de coleta de dados foram realizadas entrevistas qualitativas semi-estruturadas, com integrantes do Conselho de Administração, executivos das Superintendências Administrativa, de Ações de Saúde, de Recursos Assistenciais, de Gestão de Custos Assistências e Comercial. Posteriormente foram entrevistados alguns diretores e gerentes para investigação de setores diretamente envolvidos com a verticalização, utilizando-se roteiros dirigidos específicos para cada área. (Vide Roteiros de Entrevistas nos Anexos 2 e 3, págs. 137 e 138). Contrariamente às entrevistas realizadas para o Estudo de Campo, optou-se no Estudo de Caso por não mencionar nas entrevistas os benefícios da verticalização presumidos ou refutados pela literatura. Com isso esperava-se obter um retrato mais fidedigno da percepção de um grupo de respondentes representativo da alta direção da empresa. Esta medida não foi possível nas entrevistas do Estudo de Campo, nas quais se contou com um entrevistado por operadora pesquisada.

Estas entrevistas serviram para delinear um portfólio de competências organizacionais e, dentre elas, algumas que suportam o movimento de verticalização. Para classificar as competências da empresa foi empregada tipologia descrita por MILLS et al, (2002, 2003 a). Segundo estes autores, a coordenação de alguns recursos organizacionais permite entregas de pessoas, setores e unidades de negócio. Estas entregas caracterizam-se pela agregação de valor e, com isso, implicam em desempenho. A coordenação deste desempenho caracteriza competências que, se por sua vez adequadamente coordenadas, configuram competências de “nível superior” ou distintas. Este raciocínio é orientado basicamente pelo que os autores classificam de “equação”, expressa abaixo:

Recurso(s) + Coordenação = Entrega(s)

Entrega + Coordenação = Competências Organizacionais

Competências + Coordenação = Competências de Nível Superior

Através de entrevistas, os recursos, entregas e competências são diferenciados em graus de importância na organização. Este modelo permite a representação esquemática da denominada arquitetura de competências da empresa e, apresenta três implicações principais.

A primeira delas trata da necessidade de uma narrativa estruturada para apoiar o esquema gráfico que, devido à dinâmica da criação e organização dos recursos, não permite inferir-se o contexto e as estratégias da organização estudada. Na experiência dos autores, precisa-se explicar, por exemplo, porque determinados recursos ou competências são mais importantes que outros. Existe também a necessidade de se balancear a narrativa de forma a não torná-la muito complicada ou superficial.

Como segunda implicação, encontra-se a possibilidade de decomposição de competências e recursos que dispõem de qualificações variadas e, por isso, podem ser representados e utilizados de forma diferenciada. Este exercício permite identificar potenciais nos vários níveis da organização, possibilitando intervenções mais operacionais ou estratégicas, (MILLS et. al., 2003 a).

A última implicação consiste no limitado poder explicativo da complexa coordenação dos recursos em entrega e competências. Este limite deve-se, em parte, à intervenção realizada geralmente em caráter transversal, não permitindo que alguns pesquisadores investiguem a coordenação e o desenvolvimento de competências no passado.

Ao selecionar a modalidade de entrevistas em detrimento aos questionários, considerou-se a possibilidade de aprofundar alguns aspectos identificados nas respostas livres, além de possibilidade de se conceituar e exemplificar conceitos teóricos de Integração Vertical e Competências Organizacionais aos respondentes.

Foram utilizados dados secundários da empresa provenientes de documentos internos, material de divulgação, *website* institucional e do Sistema Multicooperativo Unimed, bem como outros estudos de cooperativas médicas. Esta iniciativa buscou

contextualizar e complementar os dados obtidos através das entrevistas. Vide no Quadro 6, Anexo 12, as principais questões e metodologias de abordagem, pg. 147).

Pela adoção dos procedimentos explicitados, esta pesquisa assume caráter eminentemente qualitativo, não podendo gerar conclusões. Seguem-se algumas limitações metodológicas do trabalho:

A) A amostra das empresas pesquisadas no Estudo de Campo constituiu-se no universo das Medicinas de Grupo verticalizadas com atuação na Região Metropolitana de São Paulo segundo os critérios de inclusão utilizados. Por este motivo, não representa o universo total de empresas verticalizadas porque se limita a uma única região metropolitana, não inclui operadoras de menor porte, aquelas com hospitais próprios há menos de um ano, aquelas sob intervenção fiscal ou técnica da ANS e aquelas de outras modalidades. Portanto não é representativa do setor ou das Medicinas de Grupo.

B) O Estudo de Caso da Cooperativa Médica não pode ser generalizado para esta modalidade de empresa ou para o setor.

C) Ambas etapas adotaram metodologias descritivas que não servem à comprovação de hipóteses.

5. MEDICINA SUPLEMENTAR

Este capítulo visa fornecer um panorama condensado de algumas questões relacionadas ao setor em estudo. O sistema de saúde privado no Brasil, mais conhecido como Medicina Suplementar ou Supletiva, abrange todos os serviços de assistência médica, privados ou públicos, financiados pela iniciativa privada através de pré-pagamento, (R\$ 26,6 Bi) desembolso direto ou reembolso, (R\$ 45.9 bilhões), totalizando R\$ 71,5 bilhões e correspondendo a 52 % dos gastos em saúde no país ou 4,0 % do PIB. (WHO, 2004). Contempla cerca de 36 milhões de beneficiários, excluindo-se os planos exclusivamente odontológicos, em sete categorias de empresas operadoras, com destaque para as modalidades de Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas, Autogestões e Seguradoras, denominadas genericamente de “Operadoras de Saúde”.

5.1 Empresas Operadoras de Planos de Saúde

Como primeira modalidade de operadora a comercializar planos de saúde, as Medicinas de Grupo surgiram no ABC paulista nos anos 60. Caracterizam-se como um sistema de atendimento médico-hospitalar em instituições credenciadas, (3700 Hospitais e 2750 Centros Diagnósticos), ou duzentos e sessenta instituições próprias, e médicos credenciados (81.000). Propostas inicialmente para funcionar sem desembolso, passam a contar cada vez mais, com taxas de participação ou co-pagamento para utilização de serviços. Agregam quase 14 milhões de clientes, representando 38,2% dos beneficiários da Medicina Suplementar. Cinquenta e sete por cento dos clientes dessa modalidade concentram-se no Estado de São Paulo, onde os planos atendem principalmente clientes empresariais. As principais empresas são: Amil, Intermédica, Medial e DixAmico.

As cooperativas surgiram em 1967 como União de Médicos, (Unimeds), na tentativa de preservar a autonomia do profissional contra o “assalariamento”. Ofertam planos com cobertura de hospitais e clínicas credenciados, além da rede própria de consultórios dos 97.0000 médicos cooperados. Tradicionalmente, sem exigir

desembolso do cliente na utilização de serviços, passou a aplicar co-pagamento em casos específicos, e, como característica peculiar da modalidade, ocorre participação dos cooperados nos lucros da Holding. Contemplam mais de 11 milhões de clientes, representando 31,1% dos beneficiários da Medicina Suplementar. São territorialmente mais abrangente que as Medicinas de Grupo embora 34% dos clientes concentre-se no Estado de São Paulo. A maior Unimed encontra-se no município de São Paulo, seguida pelas de Belo Horizonte, Campinas, Rio de Janeiro, Londrina e Uberlândia.

As Autogestões são constituídas por empresas que gerenciam a assistência à saúde de seus funcionários e dependentes através de rede credenciada, (convênios) ou de reembolso, (seguro), sem recorrer às Medicinas de Grupo ou Seguradoras. Agregam mais de cinco milhões de clientes, representando 14,7% dos beneficiários da Medicina Suplementar. Sua integrante mais antiga é a CASSI, (Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil), que aos 62 anos administra 600.000 vidas, além de contar com Plano de Convênio Médico destinado a Familiares.

As seguradoras, modalidade mais recente, originaram-se no final dos anos 70. Trata-se do reembolso integral ou não por serviços médico-hospitalares prestados. Existem redes credenciadas, embora este “credenciamento” não possa ser oficial. Nestes serviços os clientes recebem atendimento sem desembolso direto, ao invés de serem reembolsados parcial ou integralmente pela seguradora. Esta modalidade abrange 4,5 milhões de vidas ou 12,3% dos beneficiários da Medicina Suplementar. Sessenta e um por cento dos clientes concentram-se nas duas maiores empresas, Sul América e Bradesco Seguros, sobretudo no Estado de São Paulo, (51%), apesar da abrangência nacional destas seguradoras. Como ocorreu no setor financeiro de modo geral, houve associação das seguradoras nacionais às de capital estrangeiro.

(Vide Gráfico 1 no Anexo 13, com a Distribuição dos Beneficiários da Medicina Suplementar por Modalidade de Operadora, pg. 148).

5.2 Prestadores de Serviços

Os avanços da medicina científica revolucionaram o papel dos hospitais que, ao longo do séc. XIX se transformaram nas mais importantes entidades para o tratamento de enfermos, o que ainda traz reflexos na matriz de despesas de quase todos

sistemas de saúde ocidentais. No Brasil, a implantação de hospitais seguiu o modelo europeu quando, ainda no século XVI fundou-se a Santa Casa de Misericórdia de Santos, semelhante aos hospitais e sanatórios da França e Portugal. (MIRSHAWKA apud QUEIROZ, 2003). Este modelo de organização, de caráter privado e filantrópico, ainda predomina quantitativamente entre os mais de seis mil hospitais no país devido à grande abrangência territorial das Santas Casas.

No que tange à prestação dos serviços torna-se difícil desvincular os setores público e privado na medida em que ambos podem disponibilizar serviços em concomitância para o Sistema Único de Saúde, (SUS), e para a Medicina Suplementar. Os 7397 hospitais totalizavam 471 mil leitos em 2002 no Brasil, a despeito de uma estimativa atual de 6474 hospitais em atividade (SINDHOSP, 2005). Sessenta e cinco por cento dos hospitais são privados, com ou sem fins lucrativos, noventa por cento dos hospitais estão cadastrados para operar no Sistema Único de Saúde e apenas 25% dos leitos são exclusivos da Medicina Suplementar. (IBGE, 2003). Na Região Metropolitana de São Paulo há uma relação de 3,3 leitos por mil habitantes, frente à recomendação da OMS de 4,5. Segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde a região conta com 196 hospitais e quase 75% deles são particulares. Dos mais de trinta e quatro mil leitos cadastrados, dezoito mil ou 52%, são privados. (CNES/DATASUS, 2005).

Já as unidades ambulatoriais, (e, portanto sem internação), são majoritariamente públicas, ou 75% delas, enquanto os estabelecimentos voltados a diagnose e terapêutica são majoritariamente privados, ou 94% deles. Para FARIAS, (2004), o percentual de participação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde é fortemente influenciado pela variável “renda média local” ou PIB per capita e diretamente relacionado ao percentual da população coberta por planos saúde na unidade federativa. O Estado de São Paulo apresenta grau de cobertura de 38%, seguido de RJ, DF e ES com respectivamente 30, 26 e 21%, em comparação aos 19% da média nacional. Dentre as capitais destacam-se Vitória com 61% de cobertura da Medicina Suplementar, São Paulo com 55%, Rio de Janeiro com 49%, Curitiba com 46% e Belo Horizonte com 43%. Em média, as regiões metropolitanas atingem grau de cobertura de 31%, (BRASIL, ANS, 2006).

5.3 Inserção do Médico

Tradicionalmente, o médico era visto pela sociedade como entidade portadora de grande conhecimento e respeito. Esta percepção vem sendo sistematicamente alterada pela proletarização de seu contexto profissional através da intermediação dos serviços de saúde pelas operadoras de planos. Com a diminuição da remuneração relativa por paciente atendido este profissional passa a depender de volume, o que impreterivelmente minimiza o tempo disponível para a aplicação das chamadas tecnologias leves, (história clínica e exame físico), tão importantes para o direcionamento do diagnóstico. (BRASIL, ANS, 2005). Estas contingências geram a precarização da relação médico-paciente que, aliada à crescente especialização do campo e às lacunas de formação, trazem conseqüências indesejáveis para o sistema de saúde como um todo e abalam confiança na classe. Assim, a inserção deste profissional na iniciativa privada, têm sido marcada por três componentes principais:

- Sobre-oferta de profissionais: Dados da Organização Panamericana de Saúde, (PAHO, 2002), demonstram que o Brasil tem 1,4 médicos por mil habitantes, percentual superior à relação mínima de um para mil, preconizada pela Organização Mundial de Saúde . No entanto, ocorre má distribuição dos 260.000 profissionais registrados nos Conselhos Médicos do país. Particularmente na região sudeste, há 3,5 vezes mais médicos por habitantes que o preconizado pela a OMS, e, no caso do o município do Rio de Janeiro, cinco vezes mais. Enquanto isso, há déficit relativo de médicos na região norte, a ponto de haver estímulos do governo federal para a imigração de médicos estrangeiros que, naturalmente tenderão a seguir caminho para o sudeste. No Estado de São Paulo taxa de médicos por mil habitantes é de 2,11. Entretanto, esta distribuição não é homogênea. Em 144 municípios (22%) não reside nenhum médico. Cerca de 21% tem uma taxa superior a de um médico por mil habitantes, e em 57% a taxa está entre 0,1 a 0,99. O município de Botucatu é o que possui a maior taxa de médicos: 6,4 por mil habitantes ou um médico por 157 habitantes. Já a região de Botucatu tem um médico para 513 habitantes. Segue-se a cidade de Santos, com uma taxa de 5,8, ou seja, um médico para cada 173 habitantes; na região há um médico para 531 habitantes. Logo depois, Ribeirão Preto tem um médico para cada 180 habitantes; e a região, um médico para 337. Já a região metropolitana de São Paulo tem um médico para cada 263 habitantes. Nesta região encontram-se taxas

discrepantes. Num extremo, o Município de São Paulo, com 41.246 médicos registrados e 3,80 médicos por habitantes e em outro Francisco Morato, com 169 médicos registrados e 0,34 médicos por habitantes, ou um terço do preconizado pela OMS. A distribuição dos médicos por local de residência merece algumas considerações: alguns médicos não declaram mudança de endereço aos conselhos profissionais e, em outros casos, exercem atividade em um município, mas residem em outro. Existem 645 municípios no Estado, sendo que aqueles com menos de cinco mil habitantes têm dificuldade em fixar o médico. (CREMESP, 2006)

- Inadequações de formação: O primeiro problema consiste na crescente especialização profissional decorrente da formação excessivamente centrada nos processos de doença em detrimento à saúde integral. Este enfoque tem reflexos nos sistemas de saúde atuais e particularmente naqueles tradicionalmente desvinculados das atribuições de saúde pública como a Medicina Suplementar. O segundo, consiste na qualificação dos profissionais que atuam neste mercado. O número de escolas médicas do país passou de 74 para 156 nos últimos dez anos, contribuindo para minar, no cômputo geral, a formação dos médicos no país. Discutem-se nos Conselhos Profissionais maneiras de controlar a qualidade do ensino a posteriori, ou seja, introduzindo medidas de avaliação dos médicos formados. Uma delas, em paralelo ao que ocorre no Direito, consiste em um exame nacional como requisito à prática da profissão, o “Exame de Habilitação para o Exercício da Medicina”. (Projeto de Lei 214/2004 em tramitação no Senado e Projeto de Lei 4342/2004 da Câmara Federal). Talvez, outras ações tenham que ser tomadas para disciplinar o processo de formação e não simplesmente avaliar o produto desta formação. Num exemplo extremo, o educador americano Abraham Flexner realizou em 1910 a avaliação do ensino médico nos Estados Unidos e Canadá. Concluiu que, das 155 faculdades de medicina existentes, 120 apresentavam condições péssimas de funcionamento. Os alunos eram admitidos sem nenhum preparo, não existiam laboratórios, não havia relação entre a formação científica e o trabalho clínico, e os professores não tinham controle sobre os hospitais universitários. O relatório de Flexner, *Medical Education in the United States and Canada*, provocou nos anos seguintes o fechamento de quase todas das instituições por ele criticadas. Estudo conduzido pela Fundação para o Desenvolvimento Administrativo do estado de São Paulo aponta que mais de 40% dos médicos formados no Estado não ingressam em Programas de Residência Médica, tradicional e eficiente modalidade de

aprimoramento do profissional. Segundo entrevistas conduzidas neste estudo, muitos destes médicos recém formados irão encontrar trabalho em ambulatórios próprios de operadoras onde atendem grande volume diário de pacientes. Sabe-se que, em alguns casos, adotam-se práticas baseadas na lógica econômica que muitas vezes prejudicam pacientes e profissionais médicos, como a determinação de limites lineares nos pedidos de exames. Como apontado por DUARTE, (2003), a combinação de sobre-oferta de mão-de-obra em determinadas regiões, deficiências na formação profissional e a estrutura atual da Medicina Suplementar são determinantes de um movimento de proletarização da categoria médica.

- Super-valorização do arsenal tecnológico: De modo geral os médicos tendem a valorizar as chamadas tecnologias duras, (equipamentos e procedimentos), seja para suprir deficiências de formação ou da interação médico-paciente, para garantir melhor remuneração na realização de procedimentos ou pelos incentivos concedidos com uso de materiais e medicamentos determinados. (Cecílio et al *in* BRASIL, 2005). Desta maneira criam-se condições para manutenção de um ciclo perverso em que pacientes perdem tempo e recursos, os médicos perdem credibilidade, o setor torna-se financeiramente desequilibrado e os fabricantes e fornecedores continuam a empurrar tecnologia mantendo boas margens de lucro.

Em decorrência do exposto, grandes operadoras de saúde tem adotado medidas para monitorar, avaliar e remunerar de maneira diferenciada a performance do profissional, ainda que baseadas em médias de suas redes ao invés de critérios técnicos. Experiências norte-americanas demonstram a importância das sociedades médicas organizadas para desenvolver parâmetros neste sentido, evitando que a lógica cartesiana do capital limite a prática médica de forma pejorativa. O Sistema de Saúde Inglês, *NHS*, com financiamento público majoritário, adota desde 2004, cento e quarenta e seis indicadores de performance para remunerar seus médicos generalistas, *GPs*. Este programa coleta dados de *surveys* com pacientes e de auditorias por amostragens de práticas médicas, fornecendo 18 a 30% de incentivo financeiro aos médicos com melhor desempenho em cinco quesitos principais. Na iniciativa privada, encontram-se as práticas de empresas privadas norte-americanas como Aetna, BCBS Hawaii, Humana Health, Kaiser-Permanente, Pacific-Care, Pilgrim HealthCare, Cigna e UnitedHealth com experiências distintas mas consistentes na remuneração por resultados, (AHA, 2003; ROSENTHAL, et al 2005; ROWE, 2006). Assim, as melhorias de efetividade e

eficiência dos sistemas de saúde públicos e privados parecem passar por mudanças de postura do profissional médico, na medida em que exigirão deste, resultados concretos da qualidade no atendimento.

5.4 Regulação e Contexto Atual

No início dos anos noventa, com o Código de Defesa do Consumidor, (Lei Federal 8.078/90), os beneficiários de planos de saúde passaram a ter à sua disposição um novo mecanismo de proteção e defesa de seus interesses, principalmente quanto à forma e apresentação dos contratos, rescisões unilaterais, abrangência e estipulações de cláusulas e reajustes. Esta iniciativa limitava-se a garantir os direitos do cidadão respeitando alguns parâmetros assinalados nos referidos documentos de contratação dos planos de saúde que, até 1998, poderiam contar com ampla gama de exclusões de cobertura.

O primeiro marco regulatório da Medicina Suplementar ocorreu com a Lei 9.656 de 1998 e as respectivas Medidas Provisórias que garantiam sua vigência. Padronizaram-se os segmentos de cobertura hospitalar e ambulatorial com ou sem obstetrícia, e odontológico, além da especificação de outros itens como: doenças pré-existentes, prazos de carência, dimensionamento de rede assistencial, casos de urgência, faixas etárias e percentual máximo de elevação de preço entre as mesmas. Atualmente 61,5% dos beneficiários possuem planos submetidos à regulamentação, seja porque foram contratados após a lei ou porque se readequaram às regras estabelecidas.

Posteriormente, a Lei federal 9.961/2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar, (ANS), definiu sua finalidade, estrutura, atribuições, receita, e a vinculação ao Ministério da Saúde. Esta lei, também alterada por Medidas Provisórias, efetivou mecanismos de controle sobre a atuação das operadoras de saúde. Vale ressaltar que a ANS não regula planos de saúde de servidores públicos, (municipais, estaduais e federais), que representam 25% dos beneficiários da Medicina Suplementar, além de não controlar diretamente os reajustes de preço dos planos coletivos enquadrados na nova legislação, com 46,5% dos beneficiários. (BRASIL, 2006). (Vide Gráfico 2, Anexo 14, pg. 149).

Além da regulação sobre requisitos mínimos de cobertura e controle direto de preços dos 15% de planos novos individuais, o setor sofre pressões de elevação de demanda por serviços em paralelo ao aumento dos custos com a assistência médica. A combinação destes últimos fatores configura a sinistralidade dos planos, ou seja, o percentual que é despendido pelas operadoras com serviços médicos frente ao total faturado. Segundo ABRAMGE, (2005), a sinistralidade média das Medicinas de Grupo está em 80,5%.

As crescentes pressões de custo, nos âmbitos público e privado, são uma tendência mundial. Nos EUA onde o financiamento é misto e predomina a prestação privada de serviços, as despesas em assistência à saúde como percentual do PIB elevaram-se de 7% na década de 70 para mais de 15% em 2005. (National Health Statistics, 2006). No Canadá e Reino Unido, sistemas com financiamento e prestação de serviços majoritariamente públicos, os custos globais com atenção à saúde ampliaram-se em 43 e 35% entre 1997 e 2002 apesar de inflações médias de 11 e 9% respectivamente, (OMS, 2004).

Estudos divulgados pela Federação Nacional de Seguros Privados e de Capitalização, (FENASEG), apontam que entre 1994 e 2000, os reajustes acumulados dos planos de saúde totalizaram 68,10%, mantendo-se inferiores ao percentual de elevação divulgado pelo DIEESE para o subgrupo Assistência Médica, 194,2%. No período entre 2000 a 2004, enquanto o IPC variou 36%, os custos de internações hospitalares cresceram 138% e, segundo previsões de uma Consultoria em RH, a Inflação Médica em 2005 seria de 7 a 10% superior à variação do IPCA.

Os crescentes custos com assistência médica podem ser diretamente atribuídos a três componentes distintos. O primeiro deles decorre da inflação geral, geralmente o parâmetro utilizado pela ANS para avaliar os reajustes reivindicados pelas operadoras. Para os executivos do setor "...a falta de um parâmetro que separe a inflação médica da inflação geral acarreta dúvidas e dificulta a negociação..." (CAMPOS, J.,F. in O GLOBO, 25 de Julho de 2005). Estudo de uma Operadora de Planos Médicos aponta elevação média de 63% dos custos hospitalares de sua carteira na Região Metropolitana de São Paulo entre 1999 e 2002, frente um reajuste autorizado pela ANS de 25% , com base nos índices de inflação do período. (KROPF, 2003). E, segundo levantamento da Associação Brasileira das Empresas de Medicina de Grupo, (ABRAMGE), o percentual máximo de reajuste autorizado pela ANS entre 2000 e 2005 apresentou defasagem de

25% em relação à própria inflação geral, se considerado o IGP-M, (GAZETA MERCANTIL, Jun., 2005).

A incorporação tecnológica é o segundo aspecto a impactar diretamente os custos médicos. Novos exames muitas vezes não substituem os existentes e, o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas geralmente torna os procedimentos mais onerosos. Por conta destes e de outros fatores, cirurgias de joelho reembolsadas pelas seguradoras apresentaram incremento de 224% no custo médio em quatro anos. (FENASEG, 2006). Além disso, o arsenal farmacológico apresenta gama de opções cada vez maior, às custas de investimentos maciços em pesquisa, manufatura e marketing, que devem ser recuperados pela indústria. A mesma lógica se aplica aos equipamentos médicos para diagnóstico e terapêutica, muitas vezes incorporados sem critérios objetivos de necessidade e custo-efetividade.

O terceiro componente com impacto em custos é a elevada taxa de utilização dos recursos e serviços de saúde. A Associação Brasileira das Medicinas de Grupo divulgou que seus 15,2 milhões de beneficiários realizam em média de mais de seis consultas/ano enquanto a Organização Mundial de Saúde preconiza como faixa máxima 4 consultas por habitante/ano,(ABRAMGE, 2005). A frequência e intensidade de uso destes recursos ou sinistralidade, pode ser atribuída à conjunção dos fatores que se seguem:

- Utilização Inadequada dos Recursos: O usuário ou cliente enquanto agente econômico apresenta comportamentos influenciados pela assimetria de informação e risco moral. Apesar de direcionada pelo nível de educacional, a primeira característica decorre do fato de que o cliente nem sempre pode tomar decisões sobre sua saúde baseado nas informações disponíveis. A este fato são atribuídas consultas desnecessárias ou a procura por especialistas em casos de resolução simples; condições que podem ser minimizadas com serviços de orientação à distância, por exemplo. O risco moral, inerente a relações contratuais entre agentes econômicos é decorrente do comportamento oportunista de ambas as partes. São exemplos de comportamentos disseminados entre clientes: a utilização de planos por terceiros e a omissão de informações de saúde na adesão ao plano, entre outras atividades não lícitas. Por outro lado, as operadoras encontram restrições para praticar seleção adversa de clientes, (comportamento oportunista), já que pela regulamentação da ANS não podem excluir determinadas doenças ou procedimentos de cobertura ou romper o contrato de maneira

unilateral, (o que é permitido aos beneficiários). Na prática, a seleção adversa ocorre através dos elevados preços cobrados por planos individuais, quando não são do interesse das operadoras. Usualmente, as faixas etárias acima de sessenta anos, com maior sinistralidade, enfrentavam preços muito elevados para compensar os custos e desestimular a filiação e o crescimento das carteiras nesta faixa etária, principalmente nos de planos individuais. Estas medidas foram limitadas pela ANS, através da fixação de seis segmentos com ajuste pareado de preço entre as faixas etárias, de modo que a elevação percentual nas faixas etárias superiores penaliza os preços nos segmentos de entrada, nos quais geralmente ocorrem novas adesões aos planos.

- **Modelo de Ressarcimento:** O predomínio da remuneração por serviços realizados estimula prestadores a trabalhar com vistas a volume de atendimento já que, no contexto dos planos de saúde, a remuneração é sabidamente baixa, principalmente em se tratando de consultas médicas. Esta característica contribui para comprometer o nível de qualidade do atendimento médico através da realização de procedimentos mal indicados. Além disso, a baixa resolutividade dos casos nas consultas médicas estimula práticas já arraigadas como a busca por “segunda opinião”, ou por especialistas, geralmente melhor remunerados.

- **Características Epidemiológicas das Carteiras de Clientes:** O aumento da expectativa de vida é uma característica demográfica mundial. Estimativas do IBGE projetam que o país terá a sexta maior população acima de 65 anos até 2025. Sabe-se que apesar do acréscimo da qualidade de vida obtido pela terceira idade, esta faixa etária está mais sujeita à ocorrência de doenças crônicas e degenerativas. Segundo estudo da OECD, (1998), o custo médico per capita é cinco vezes maior em populações idosas com uma ou mais doenças crônicas e, para citar parâmetros norte-americanos, os 12% de idosos daquele país respondem por 45% dos gastos totais com internações. (*Agency for Healthcare Research and Quality, 2005*).

Neste contexto, estas empresas de planos de saúde, que há pouco mais de uma década focavam a gestão fluxos de caixa para garantir rentabilidade financeira no período inflacionário, estão diante do desafio de compensar incrementos nos índices de sinistralidade com melhores técnicas de gestão e análises atuariais. Em algum grau, o processo de consolidação do setor vem propiciando escala necessária para garantir a estabilização do risco das carteiras de operadoras, ainda que a concentração ocorra

principalmente pelo cancelamento de registros de empresas que sequer operavam ou pela redistribuição das carteiras de empresas liquidadas.

Uma característica marcante da Medicina Suplementar é a fragmentação do setor intermedição de risco, com 2.147 Operadoras de Saúde em atividade. Dezesseis por cento das empresas concentram 80% dos clientes e 75% delas apresentam menos de dez mil beneficiários. (BRASIL, 2006). A pequena escala tende a aumentar os riscos num negócio de “natureza securitária”, além de dificultar negociações com prestadores de serviços e limitar o poder de investimento em serviços próprios, por exemplo. Outra peculiaridade é a baixa fidelização dos clientes, o que por muitos anos, desestimulou investimentos em medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças, caracterizadas por resultados de longo prazo.

O setor, que já contou com mais de duas mil e setecentas operadoras ativas em 2000, apresenta crescimento orgânico limitado a algumas empresas de maior porte e particularmente no segmento de planos empresariais. Como estes planos não estão sujeitos ao controle direto de preços pela ANS, permite-se certa transferência de risco ao contratante na medida em que podem ser realizados ajustes nos custos conforme a sinistralidade da carteira. Além disso, os planos contratados por empregadores tendem a contar com iniciativas customizadas de qualidade de vida e prevenção de doenças realizadas em parceria com os Departamentos de RH das empresas contratantes. Por isso, além de trazer ganhos de escala na administração de contratos e nos esforços comerciais da operadora, também amplia em tese, seu poder de negociação com prestadores de serviços, (BURNS, GIMM, NICHOLSON, MULLER, 2005).

As estratégias para tentar diminuir as despesas oriundas da utilização de serviços, implicavam majoritariamente medidas restritivas para desestimular o uso abusivo de recursos. No entanto, estas medidas essencialmente burocráticas, não distinguiam o uso indevido do necessário e contribuíam para atingir a credibilidade das operadoras frente a seus clientes.

Atualmente, as medidas de controle de custos visam estabilizar ou minorar a sinistralidade através de promoção, prevenção de saúde e acompanhamento de casos crônicos. Estas medidas, e em especial as duas primeiras, têm sido estimuladas pela ANS. A agência estendeu o prazo para constituição de reservas técnicas para as empresas que implementassem programas de prevenção com parâmetros determinados, beneficiando pequenas operadoras com maior risco e sem lastro financeiro. (Resolução

Normativa N° 94, ANS, 2005). Além disso, possibilitou que parte destas reservas técnicas fossem constituídas de ativos fixos imobilizados em imóveis como hospitais e centros médicos, beneficiando empresas maiores com intenções de operar recursos próprios.

No longo prazo, as empresas mais aptas a melhorar efetivamente a saúde de seus beneficiários e principalmente daqueles em condições de saúde mais crítica, terão melhores condições de controlar as pressões de demanda e custo. Este último componente depende também da adoção de medidas de controle na prestação dos serviços, o que deve ocorrer com menor dificuldade nas operadoras que dispõem de serviços próprios.

5.5 Verticalização da Assistência Médica Privada

Verifica-se, nos últimos, anos intensificação no processo de verticalização da assistência médica privada, no sentido de propiciar economias nos custos de produção de serviços, através do aumento de eficiência e, teoricamente, com diminuição dos custos de transação. Este processo pode ocorrer entre várias instâncias da intermediação e prestação dos serviços de saúde, mas predomina no mercado brasileiro, entre operadoras de planos de saúde que direcionam sua demanda para serviços próprios. Considera-se que estas clínicas e hospitais apresentam provavelmente maior estabilidade na demanda, pelo fluxo de clientes direcionados pelas operadoras para serviços onde detêm maior controle sobre a produção, (serviços próprios), em detrimento daqueles em que exerçam somente poder de negociação, (serviços contratados ou credenciados).

A observação empírica do mercado de saúde brasileiro permite evidenciar alguns modelos de integração entre empresas de diferentes etapas do processo produtivo. Como exemplo de integração horizontal ou associação entre empresas em uma mesma etapa da cadeia produtiva, pode-se citar a associação de hospitais com o objetivo específico de apresentar ganhos de escala e ampliar o poder de barganha na aquisição de medicamentos, (MALIK E TELLES, 2003). Como exemplos de integração entre empresas de etapas distintas da cadeia produtiva identificam-se dois padrões distintos ocorridos ao longo do tempo. O mais precoce, compreendido entre os anos 70

e 80, envolveu alguns grupos de prestadores de saúde, majoritariamente hospitais, que constituíram empresas operadoras de planos de saúde. Esta iniciativa caracteriza o fenômeno denominado de verticalização, por agregar em uma única entidade, agentes consecutivos de uma mesma cadeia produtiva. (CARLTON & PERLOFF, 1994).

Com a estabilização econômica e a conseqüente diminuição dos ganhos financeiros não operacionais dos planos de saúde, iniciou-se um segundo processo de verticalização. Em meados dos anos 90, algumas Operadoras de Saúde, pressionadas por contingências econômicas, passaram a oferecer serviços próprios, entre os quais hospitais, voltados principalmente para o atendimento de sua clientela. Este movimento foi inverso àquele verificado nas décadas anteriores, mas ambos constituíram conglomerados empresariais com o mesmo escopo competitivo. (Vide Figura 9 abaixo:)

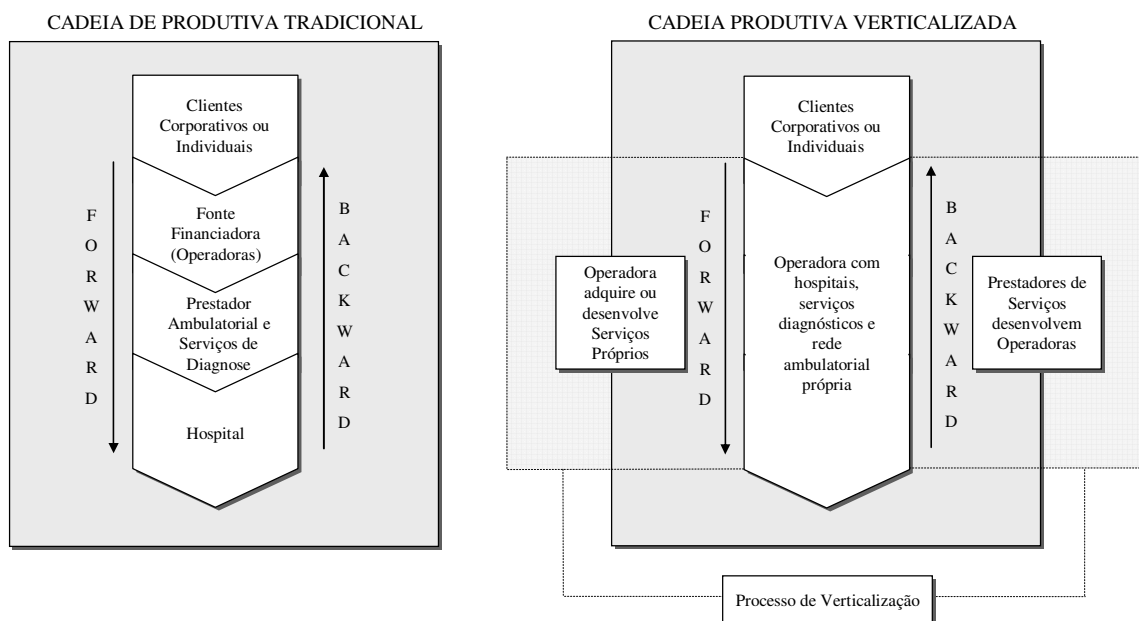


FIGURA 9: MODELOS DE CADEIA PRODUTIVA NA MEDICINA SUPLEMENTAR

Fonte: Do autor, a partir das entrevistas

A característica predominante na forma de integração vertical da Medicina Suplementar, em suas vertentes *forward* ou *backward*, é a manutenção do vínculo de propriedade nestes processos. Seja através de participação do capital no controle de uma empresa em outro estágio da cadeia, da aquisição total de seus ativos ou do desenvolvimento de empreendimentos próprios. Como exemplo, tem-se a holding controladora da operadora Amil Assistência Médica, com participação no Laboratório

de Análises Clínicas Sérgio Franco no Rio de Janeiro, ou com propriedade integral de um grupo hospitalar. (Empresa de Serviços Hospitalares, ESHO).

O grau em que uma corporação utiliza-se da produção de sua empresa em diferentes estágios da cadeia é mais variável. Empresas como Santa Helena Saúde no ABCD Paulista que tem 95% de sua demanda por internação suprida no hospital próprio ou a Unimed Paulistana com 3% exemplificam a grande variabilidade de contextos. Além de se considerar o efeito do tempo de adoção da estratégia de verticalização, que influencia o grau de disponibilidade de recursos próprios, deve-se analisar o segmento de atuação da operadora, como indicador do modelo de rede de assistência médica. As redes “abertas”, adotadas por porte das seguradoras, visam atender às classes de renda A e parte da B, que valorizam “marcas hospitalares” e livre escolha de médicos através de reembolso. Um misto de rede aberta com reembolso e rede credenciada predomina entre os planos individuais ou corporativos que atendem a classe B. A seguir, encontram-se produtos com rede credenciada ampla com co-participação e rede própria ou preferencial sem desembolso, entre os segmentos B e C. Com o acirramento da competição nas classes C e D na região metropolitana de São Paulo, proliferaram os planos com misto de rede credenciada preferencial, onde ocorreram negociações vantajosas para a operadora, e rede própria, quando disponíveis. Nestes segmentos, existe tendência de operações com grande ênfase em recursos ambulatoriais, hospitalares e de diagnóstico por imagem próprios, como DixAmico, Intermédica, e Samcil. (Vide Figura 10 a seguir).

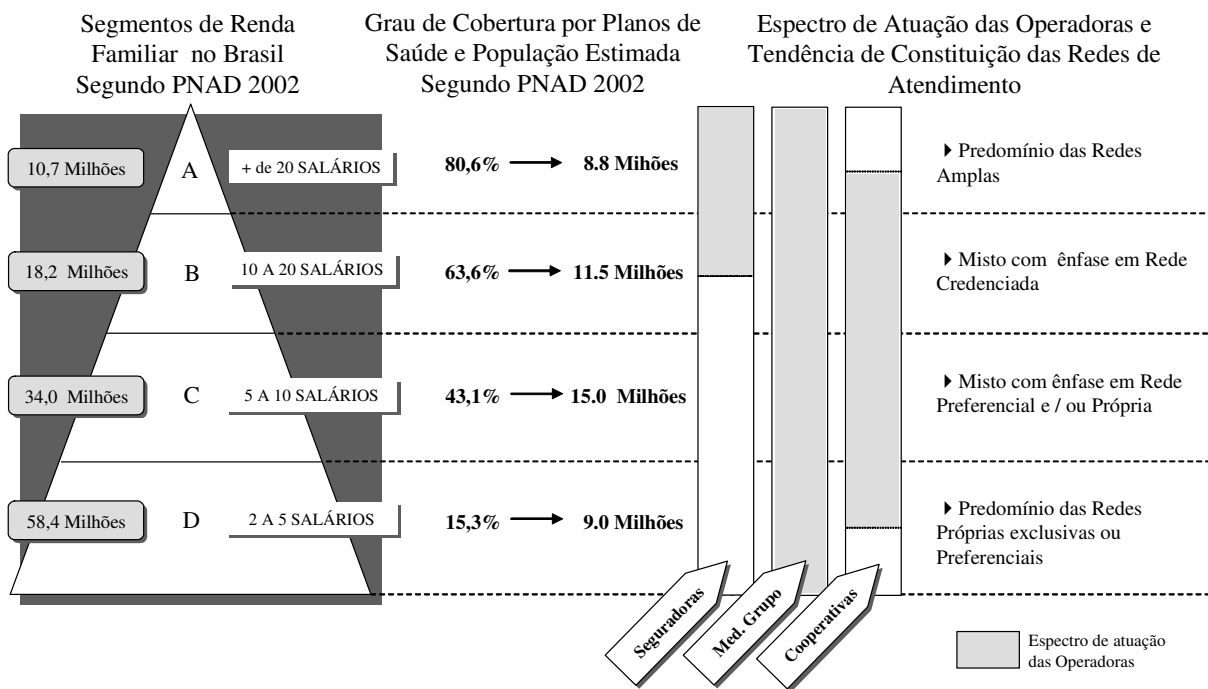


FIGURA 10: FAIXAS DE RENDA, GRAU DE COBERTURA POR PLANOS DE SAÚDE, ESPECTRO DE ATUAÇÃO DAS OPERADORAS E TENDÊNCIA DE CONSTITUIÇÃO DE REDES DE ATENDIMENTO.

Fonte: Do autor, a partir da Pesquisa de Amostra de Domicílios, (IBGE 2002), e Entrevistas conduzidas em Março e Abril, 2006.

Através da figura, nota-se que a modalidade de operadora com maior amplitude de atuação é a Medicina de Grupo, seja pela existência de empresas que focam segmentos de renda específicos como Omint e Linex para a classe A, Intermédica e Samcil para classes C e D, ou de empresas que passaram a atender público mais diversificado. Recentemente, algumas operadoras com foco no segmento B desenvolveram produtos mais acessíveis para Pequenas e Médias Empresas, a modalidade de plano com maior crescimento, além de planos individuais com rede preferencial que, pela precificação competitiva, podem contemplar participantes da economia informal.

O número de diferentes processos desempenhados em outros patamares da cadeia produtiva, tende a ser homogêneo na medicina suplementar. As operadoras de planos verticalizadas tendem a utilizar ambulatórios e hospitais próprios de forma majoritária. Boa parte delas opta por integrar seus recursos ambulatoriais a estruturas com exames de imagem de menor complexidade, (Raio X e Ultra-som). Menos comuns são os laboratórios de análises clínicas próprios que, por constituírem uma atividade de caráter industrial, tendem a depender de escala alcançada por poucas operadoras no

país, considerando-se o amplo leque de exames disponíveis à prática médica atual. Este setor, especificamente, passa por um importante movimento de consolidação, conseguindo atrair atenção de investidores internacionais, tendo sido uma de suas empresas, a primeira prestadora de serviços de saúde com capital aberto no Novo Mercado.

A observação das iniciativas de verticalização das operadoras de planos de saúde através de oferecimento recursos assistenciais próprios na última década, possibilita identificação de dois modelos iniciais distintos. O primeiro deles, adotado, por exemplo, pela Amil Assistência Médica a partir de 1996, visava controlar os custos de assistência médica através de uma estratégia voltada aos *heavy users*, parcela de beneficiários que através da utilização intensiva de recursos, gera grande parte das despesas das operadoras. Este modelo pode ser caracterizada por:

- Incorporação da assistência especializada aos procedimentos alto custo nos serviços próprios da operadora. Por exemplo, cirurgias para obesos mórbidos.
- Especialização do cuidado médico e centralização das atividades com objetivo de alcançar economia de escopo.
- Foco nos resultados de longo prazo pela necessidade de investimentos pesados e da formação de equipes médicas experientes.
- Predomínio de carteiras com clientes classe B.

Outra estratégia, empregada, por exemplo, pela operadora Intermédica, pretendia controlar os custos de assistência médica através da realização de atendimentos de menor complexidade, mas com grande demanda pelos beneficiários. Pode ser caracterizada por:

- Incorporação de serviços com grande volume de utilização como, por exemplo, partos passando a ser realizados em Maternidade própria.
- Busca de economia de escala no cuidado médico e necessidade de capilaridade dos serviços médicos para contemplar a dispersão geográfica dos beneficiários.
- Busca de economia de custos de transação pela menor necessidade de recursos para gerir contratos com prestadores de serviços médicos, auditar processos, etc.

- Foco na redução mais imediata dos custos pela maior eficiência atribuída aos serviços próprios.

- Predomínio de clientes classes C e D.

Atualmente, estes modelos passam a não se mostrar tão nítidos, principalmente com a utilização rotineira dos programas voltados ao controle de pacientes crônicos. Estas iniciativas, apesar de voltadas aos *heavy users*, não envolvem necessariamente serviços médicos complexos por abranger medidas como o monitoramento da pressão e subsídios específicos a medicamentos em uso, consultas de rotina para diabéticos, e monitoramento à distância da glicemia através de contato telefônico ou, eventualmente, visitas domiciliares. Segue-se depoimento do Coordenador Médico da Assistência Médica Samcil, Maio, 2006)

“... custos ocasionados com a internação de um paciente idoso e diabético descontrolado podem ser evitados com o simples acompanhamento de alguém que, por razões sociais, não pode ou simplesmente esquece de tomar medicação. Se, através de telefonemas de rotina a atendente percebe que o cliente não está utilizando a medicação adequadamente, desencadeia uma série de ações que podem incluir visitas domiciliares de nossa equipe médica.”

Além disso, os programas de prevenção e promoção de saúde, através de protocolos de *screening* de moléstias por predisposição familiar e hábitos de vida além de incentivos ao controle de peso e cessação de tabagismo têm se tornado mais comuns entre as maiores operadoras de planos. Estas medidas são adotadas indistintamente por operadoras com ou sem serviços médicos próprios e tem recebido o já mencionado incentivo da ANS.

Outra característica a ser observada no processo de verticalização da Medicina Suplementar trata do limitado número de estágios da cadeia produtiva com integração. O processo difundiu-se e se limitou entre intermediadores de risco, (operadoras de planos), e prestadores de serviços, (hospitais, pronto-atendimentos e serviços diagnósticos), conforme exposto na Figura 9, (pág 60). Se consideradas as etapas da produção, distribuição e venda de insumos utilizados na produção dos serviços de saúde, as iniciativas de integração vertical parecem ser incipientes ou muito limitadas. Como exceção, encontram-se iniciativas como a parceria com fornecedores do sul do

país com Unimed locais, ou a parceria entre um centro de ortopedia em São Paulo e o representante de um determinado produtor de próteses estrangeiro. No acordo firmado, o prestador de serviços compra os respectivos materiais com descontos crescentes conforme a proporção e volume de utilização.

Para BURNS et al, (2002 a), a cadeia de suprimentos da assistência médica nos EUA ainda conta, por um lado, com muitos intermediários que contribuem na elevação do preço final dos serviços. Por outro, dispõem de uma série de arranjos verticais como redes de compras regionais, integradas por serviços de saúde que se aliam a parceiros preferencias para o fornecimento de equipamentos e materiais. Outros exemplos compreendem alianças estratégicas entre operadoras locais, (*HMOs*), e produtores de próteses, órteses e outros materiais especiais, e participação do capital da indústria de equipamentos em empresas de diagnóstico por imagem. Outra modalidade de verticalização com propriedade pode ser encontrada com aquisição de empresas de benefícios farmacêuticos, (*PBM*s), pela Indústria Farmacêutica local. Estas empresas gerenciam programas de descontos na aquisição, entrega e monitoramento do uso de medicamentos por beneficiários de planos de saúde. Como exemplos, têm-se a aquisição da *Medco Containment Services* pela *Merck* em 1993, da *PCS Health System* pela *Smithkline Beecham* em 1994 e da *Diversified Pharmaceutical Services* pela *Eli Lilly* no mesmo ano. Para alguns profissionais daquele mercado, as capacidades da indústria farmacêutica estão mais relacionadas à atividade das *PBM*s, que às áreas de pesquisa bioquímica básica, em muitos casos ainda verticalizadas. QUINN, (2000), ao estudar a estrutura desta indústria, citou exemplos de sucesso de terceirização em setores não estratégicos das áreas de pesquisa e desenvolvimento, teste e produção e distribuição de medicamentos.

Apesar das pressões existentes na Medicina Suplementar, as principais iniciativas de organizar benefícios farmacêuticos ainda restringem-se aos subsídios fornecidos aos beneficiários de planos através de redes próprias de farmácia como Usimed da Unimed e Farmalife da Amil. Três empresas pioneiras, (PrevSaúde, E-Pharma e Vidalink) desenvolveram modelos de negócio semelhantes às *PBM*s mas a viabilização de suas operações ainda depende de aceitação pelas operadoras.

A seguir, representam-se esquematicamente as integrações empreendidas de em maior magnitude ou ainda incipientes na Medicina Suplementar, bem como as possibilidades de integração com a cadeia de suprimentos.

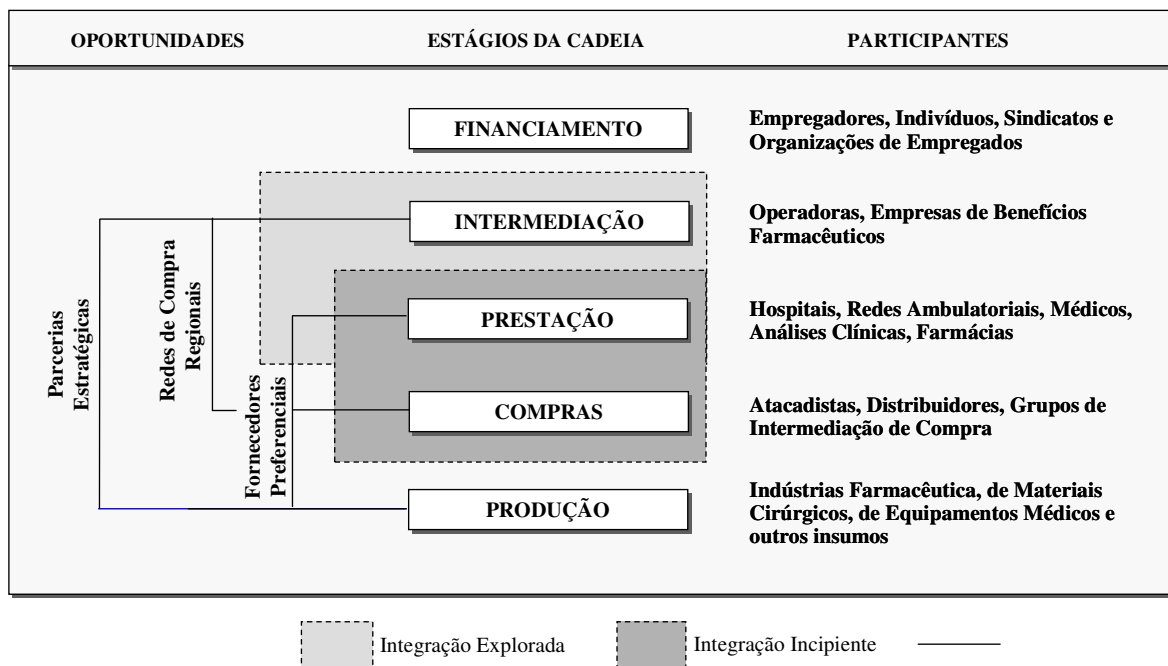


FIGURA 11: INICIATIVAS DE INTEGRAÇÃO VERTICAL ENTRE A PRODUÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E A CADEIA DE SUPRIMENTOS

Fonte: Do autor com base em BURNS et. al., (2002a), e em entrevistas do Estudo de Campo, 2006

No mercado de saúde brasileiro, a participação de intermediários parece responsável por onerar a produção de serviços médicos. Segundo dados produzidos pelo IMS Health, as farmácia, principal canal de vendas de medicamentos e em alguns casos organizadas em grandes redes, compram pouco mais de 11% de seus estoques diretamente do fabricante. De maneira geral, o setor hospitalar depende em grande parte do lucro operacional das taxas de comercialização de materiais e medicamentos, mas um volume importante destes insumos é comprado de forma emergencial e 7% deles em farmácias.

Algumas iniciativas de operadoras de planos para limitar o ressarcimento de materiais cirúrgicos a um número restrito de fabricantes poderão configurar, no futuro, parcerias estratégicas. Por enquanto, visam apenas disciplinar a utilização destes insumos por profissionais de saúde que tradicionalmente recebem incentivos de diferentes distribuidores e fabricantes.

Como geradora de dificuldades nas integrações entre operadoras, prestadores de serviços e fornecedores de suprimentos, têm-se a orientação da cadeia produtiva. Explica-se: Nos anos cinquenta e sessenta predominavam nos EUA as cadeias do tipo *push*, nas quais os fornecedores “empurravam” suas matérias primas para as indústrias

de beneficiamento ou de serviços. Com o tempo, esta orientação tendeu a se inverter, configurando a cadeia do tipo *pull*, quando empresas consumidoras “puxam” os moldes e o volume de produção das fornecedoras. Em seu exemplo mais visível têm-se a indústria automobilística, onde o movimento culminou com a integração estratégica entre montadoras e fornecedores parceiros em plantas compartilhadas, (BURNS et al, 2002). Fleury & Fleury, (2000), evidenciam como uma das três ondas de mudanças atuais a passagem de um regime de mercado vendedor para o mercado comprador, em paralelo à globalização dos mercados e da produção e o advento da economia baseada em conhecimento.

6. COOPERATIVISMO MÉDICO NO BRASIL

Este capítulo pretende resumir a evolução do cooperativismo e em especial sua vertente médica no Brasil. Busca com isso propiciar um melhor entendimento do histórico, dos valores e práticas encontradas no Sistema Unimed, do qual participa a cooperativa médica paulistana, objeto do Estudo de Caso realizado nesta pesquisa.

6.1 História e Princípios do Cooperativismo

Cooperativas são definidas como associações de pessoas que se unem voluntariamente para satisfazer aspirações e necessidades econômicas, sociais e culturais comuns, através de uma empresa de propriedade comum e democraticamente gerida. (Aliança Cooperativa Internacional, 2000).

Na primeira metade do século XIX em um ambiente de contestação das conseqüências do liberalismo econômico, iniciaram-se movimentos de liberais socialistas utópicos franceses e ingleses, além das experiências associativas que marcaram a primeira metade daquele século. Entre os maiores influenciadores desta época destacam-se Robert Owen, François Fourier, Philippe Buchez e Luis Blanc que, por suas idéias ou iniciativas, são considerados os precursores do cooperativismo, (PINHO, 1987, apud DUARTE, 2003).

Dois modelos de cooperativas surgiram naquele contexto. O primeiro caracterizava-se por comunidades que desejavam estabelecer modelos alternativos de vida em comum, mas dependendo quase sempre de contribuições filantrópicas. Um segundo modelo constituía as cooperativas de trabalhadores qualificados e ligados aos movimentos sindicais, representando uma tentativa de reação deste segmento aos efeitos do capitalismo industrial.

A primeira cooperativa tem registro histórico de 1760, mas a proliferação destas entidades só aconteceu em meados de 1820. Quatorze anos mais tarde, vinte e oito trabalhadores de um centro têxtil próximo a Manchester fundaram uma cooperativa de consumo denominada “Society of Equitable Pioneers” de Rochdale, um marco que

orientou as experiências contemporâneas do cooperativismo. Entre seus objetivos estavam o estabelecimento de um armazém comum aos membros, construção de casas para os mesmos, empreender atividades manufatureiras como ocupação e arrendar terras com a finalidade de criar comunidade auto-sustentada. A maior inovação consistiu na adoção de oito princípios que, embora não fossem inéditos isoladamente, propiciavam em conjunto condições de sustentabilidade à iniciativa dos membros. (DUARTE, 2003)

Em 1895 foi fundada a Aliança Cooperativa Internacional – ACI, por iniciativa de líderes ingleses, franceses e alemães, com objetivo de instituir um órgão representativo mundial que intensificasse o intercâmbio de idéias entre as diversas experiências internacionais. No Brasil, ainda no início do século XX criou-se a Organização das Cooperativas Brasileiras, atualmente uma das 223 organizações nacionais filiadas à ACI. Em 2002, segundo esta entidade, existiam cooperativas em 95 países com 760 milhões de membros, atuando em três segmentos principais: produção, consumo e crédito.

Apesar do excesso de romantismo e utopia associado à idéia, (PINHO, 2004), várias formas de associação cooperativista têm demonstrado vigor, considerando-se os segmentos já mencionados. Em países como Áustria, Canadá, Chipre, Finlândia, Israel e Uruguai o número de associados em cooperativas representa entre 70 e 79% da população adulta. Na Noruega, Bélgica e França, entre 50 e 61% e nos EUA, Sri-Lanka, Portugal Malásia, Japão, Índia e Dinamarca entre 40 e 49%. (NICÁCIO, 1997). Este autor destaca a importância das cooperativas no setor agrícola, representando 55% da produção na União Européia, Finlândia e Suécia. No Japão, 95% da produção de arroz e 90% do pescado são oriundos das cooperativas.

Somente em 1996, foi fundada a *International Health Cooperative Organization – IHCO*, como ramo da ACI, para alavancar intercâmbios entre diversas experiências da área. Na época, o presidente da entidade ocupava o mesmo cargo na Unimed do Brasil.

Qualquer cooperativa filiada à ACI obedece aos princípios básicos aprovados pela entidade, baseados nos princípios originais da Cooperativa de Rochdale de 1844. Estes princípios sofreram modificações em 1930, 1966 e 1995, acompanhando as mudanças de cenário político e econômico. A última revisão teria como objetivo principal eliminar a identidade cooperativa, motivando-se pelo crescimento empresarial destas organizações e pela competição global. (NICÁCIO, 1997).

Os princípios aprovados pela ACI são:

1. Adesão Voluntária e Livre: as cooperativas são organizações voluntárias, abertas a todas as pessoas aptas a utilizar os seus serviços e assumir responsabilidades como membros, sem discriminações de sexo, sociais, raciais, políticas e religiosas.

2. Gestão Democrática pelos Membros: As cooperativas são organizações democráticas, controladas pelos seus membros, que participam ativamente na formulação das suas políticas e na tomada de decisões. Os representantes dos demais membros são eleitos e responsáveis por todos. Nas cooperativas de primeiro grau os membros tem igual direito a voto; nas cooperativas de grau superior também são organizadas por princípios democráticos.

3. Participação Econômica dos Membros: os membros contribuem eqüitativamente para o capital das suas cooperativas e o controlam democraticamente. Parte deste capital é, normalmente, propriedade comum da cooperativa. Se houver superávit operacional, os membros recebem participação proporcional ao capital integralizado. Os membros destinam excedentes a um ou mais objetivos: a) desenvolvimento da cooperativa, eventualmente através da criação de reservas; b) benefício aos membros na proporção de suas transações com a cooperativa; c) apoio a outras atividades aprovadas pelos membros.

4. Autonomia e Independência: as cooperativas são organizações autônomas de auxílio mútuo, controladas pelos seus membros. Se estas firmarem acordos com outras organizações, incluindo instituições públicas, ou recorrerem a capital externo, devem fazê-lo em condições que assegurem o controle democrático pelos membros e mantenham autonomia administrativa.

5. Educação, Formação e Informação: as cooperativas promovem a educação e a formação dos seus membros, dos representantes eleitos e dos trabalhadores de forma que estes possam contribuir, eficazmente, para o desenvolvimento das suas cooperativas. Informam o público em geral, particularmente os jovens e os líderes de opinião, sobre a natureza e as vantagens da cooperação.

6. Inter-cooperação: as cooperativas servem de modo eficaz os seus membros e dão mais força ao movimento cooperativo, trabalho em conjunto, através de estruturas locais, regionais, nacionais e internacionais.

7. Interesse pela Comunidade: as cooperativas devem colaborar para o desenvolvimento sustentado das comunidades através de políticas aprovadas pelos membros.

6.2 Cooperativismo no Brasil:

A primeira cooperativa do Brasil foi fundada em 1889. Denominada Cooperativa Econômica dos Funcionários Públicos de Ouro Preto, estruturava-se legalmente como Sociedade Anônima pela inexistência de regulamentação específica no país, (PINHO, 2004). Ainda no final daquele século surgem outras cooperativas de consumo na tentativa de melhorar o acesso de parte da população urbana a gêneros de primeira necessidade. Naquela época, a propagação da monocultura cafeeira exportadora deslocou os cinturões de produção de alimentos. Ao mesmo tempo, políticas cambiais que favoreciam a exportação encareciam bens de consumo. Agravando as deficiências na produção e distribuição de gêneros alimentícios nos centros urbanos, associavam-se baixos salários dos setores secundários e terciários, (FLEURY, 1983).

Nas primeiras décadas do século XX surge o movimento cooperativista agrícola, fruto da iniciativa de pequenos produtores que se reuniam para comercialização comum de produtos objetivando maior margem de lucro pela eliminação de intermediários. Estes produtores, (inicialmente europeus ex-colonos das lavouras de café e posteriormente japoneses), desenvolviam lavouras voltadas ao abastecimento regional através da compra conjunta e fracionamento de propriedades monocultoras durante as sucessivas crises que afetaram a cafeicultura, (FLEURY, 1983)

Existe relativa discordância sobre a evolução histórica da legislação cooperativa brasileira. Para PINHO, (1982a, *apud* DUARTE, 2003), a fase de implantação e consolidação das cooperativas inicia-se em 1903, com o Decreto 979 que, em seu artigo 10º faz referência à organização das cooperativas. Este período estende-se até o final dos anos 30. Uma segunda fase caracterizada pela intervenção do Estado inicia-se nesta época e intensifica-se nos anos 60, terminando com a Constituição de 1988. Para FLEURY, (1983), as razões para estas intervenções são decorrentes do potencial econômico e ideológico do movimento cooperativista.

A publicação do Decreto 22.239 de 1932 foi o primeiro marco na consolidação jurídica das sociedades cooperativas, que passam a desempenhar um formato próprio, constituindo sociedades de pessoas e não de capital. Em 1934, o Decreto 22.239 foi revogado, procurando-se vincular o cooperativismo ao sindicalismo, através dos “consórcios”, conforme a orientação corporativa do Estado Novo. Segundo este novo decreto, não se poderia criar cooperativas sem que antes se criasse um “consórcio” o que, na prática, ocorria apenas para o cumprimento da lei. Este decreto foi revogado em 1938. (FLEURY, 1983). Em 1942, três Decretos-leis definem forte interferência estatal em cooperativas de setores específicos como pesca, produção e exportação de frutas.

O segundo marco veio em 1966 com Decreto-lei 59, regulamentado pelo Decreto 60.597 em 1967. Ampliou-se a interferência estatal a outras categorias, particularmente no setor de seguros e no segmento de crédito. Em 1971 foi promulgada Lei 5.764, vigente atualmente. Segundo a ementa, define-se a política nacional de cooperativismo, institui-se regime jurídico das sociedades e reafirma-se o acompanhamento estatal sob a tutela dos órgãos criados para coordenar o sistema de cooperativismo, (DUARTE, 2003).

Nos anos 80, e principalmente após a Realização do 10º Congresso Brasileiro de Cooperativismo em 1998, inicia-se a defesa da autogestão das entidades cooperativas frente ao Congresso Nacional, (NICÁCIO, 1997).

Segundo A Organização Nacional de Cooperativas Brasileiras – OCB, (2002), existem 12 segmentos de cooperativismo no Brasil:

1. Agropecuário: composto pelas cooperativas de produtores rurais, agropastoris ou de pesca, cujos meios de produção pertençam ao cooperado. Este sistema oferece a prestação de vasto leque de serviços, desde assistência técnica, armazenagem, industrialização e comercialização dos produtos, até a assistência social e educacional aos cooperados. Corresponde ao segmento economicamente mais expressivo no Brasil, com 1.461 cooperativas e 822.380 cooperados.

2. Consumo: composto pelas cooperativas de abastecimento, dedicadas à compra em comum de artigos de consumo para seus cooperados. Subdividem-se em fechadas, que admitem somente pessoas ligadas a uma mesma empresa, sindicato ou profissão e as abertas, que admitem qualquer pessoas com intenção de se associar. Representam 187 cooperativas com 1.466.513 cooperados.

3. Crédito: composto por cooperativas de crédito urbano ou rural destinadas a promover a poupança e financiar necessidades ou empreendimentos dos cooperados. Correspondem a 975 cooperativas e 1.041.613 cooperados.

4. Educacional: composto por cooperativas de alunos, de pais de alunos ou de atividades afins. As cooperativas de professores pertencem ao segmento do trabalho. As educacionais agregam 79.418 cooperados em 246 cooperativas.

5. Especial: composto pelas cooperativas constituídas por pessoas que precisam ser tuteladas: deficientes físicos, sensoriais, psíquicos e mentais dependentes de acompanhamento permanente, dependentes químicos, egressos do sistema prisional, condenados a penas alternativas à detenção e os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo. Neste segmento também se encontram as cooperativas constituídas por menores ou pessoas incapazes de assumir plenamente suas responsabilidades como cidadãos. Representam três cooperativas e 1.984 cooperados.

6. Habitacional: composto pelas cooperativas destinadas à construção, manutenção e administração de conjuntos habitacionais para seu quadro social. A maior parte das cooperativas habitacionais se caracteriza como consórcios para construção de casas e não propriamente cooperativas, uma vez que são extintas na conclusão dos projetos habitacionais, (NICÁCIO, 1997). Constituem 212 cooperativas com 49.270 cooperados.

7. Infra-estrutura: denominado anteriormente como ramo de “Energia/Telecomunicação e Serviços”, é composto pelas cooperativas de eletrificação rural, de limpeza pública, segurança, etc. Agregam 560.519 cooperados em 182 cooperativas.

8. Mineral: composto pelas cooperativas que têm por finalidade pesquisar, extrair, lavar, industrializar, comercializar, importar e exportar produtos minerais. Representam 26 cooperativas com 12.686 cooperados.

9. Produção: composto pelas cooperativas dedicadas à produção de um ou mais tipos de bens e mercadorias. Os Meios de produção, explorados pelo quadro social, pertencem à cooperativa e os cooperados formam seu quadro diretivo, técnico e funcional. Sua denominação deve ser Por exemplo Cooperativa Produtora de... . Agregam 6.092 cooperados em 118 cooperativas.

10. Saúde: composto por cooperativas de médicos, odontólogos, psicólogos e profissionais de atividades afins ou usuários de serviços de saúde. As Cooperativas de veterinários pertencem ao segmento do trabalho. As de saúde representam 765 cooperativas com 301.000 cooperados.

11. Trabalho: composto pelas cooperativas de trabalhos autônomos, seja qual for a categoria profissional, organizados num empreendimento próprio. Abrange todas as categorias profissionais, exceto as de saúde, e de turismo e lazer. Contemplam 297.865 cooperados em 1.916 cooperativas.

12. Turismo e Lazer: composto por três cooperativas que atuam no setor, representando apenas 60 cooperados.

A literatura sobre cooperativismo tende a seguir duas tendências distintas. Uma, de caráter mais ideológico, fundamenta-se nas doutrinas cooperativistas recorrendo quase sempre aos ideais de união e solidariedade. Outra corrente, de caráter mais crítico, implica em certo reducionismo economicista, comparando as cooperativas a qualquer outro tipo de empresa e muitas vezes predizendo sua extinção, (FLEURY, 1983). Nesta primeira sessão, procurou-se descrever em síntese alguns pontos principais deste movimento, tentando-se não pender para um ou outro ponto de vista. Mas, a melhor apreensão da realidade atual das cooperativas de trabalho médico leva este autor a concordar, em maior parte, com o enfoque crítico na próxima sessão.

6.3 Evolução das Unimeds

A primeira iniciativa de cooperativismo médico no país concretizou-se em Santos, em 1967, sob a denominação de União dos Médicos – Unimed. Este movimento, liderado por Edmundo Castilho, então presidente do Sindicato Médico daquele município, opunha-se à mercantilização da prática médica, iniciada poucos anos antes com a organização das Medicinas de Grupo.

Após quase dois anos de funcionamento precário, a Unimed de Santos obteve o reconhecimento do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária, (Incra), órgão responsável, na época, pela regulamentação das cooperativas. (DUARTE, 2003). Ao final de 1975 havia mais de 50 Unimeds em todo país e, em 1972, foi fundada a

Confederação Unimed, entidade que coordena e regula as atividades de um sistema de cooperativas independentes denominadas singulares.

O crescimento das cooperativas foi gradual até o início da década de 70, quando havia quinhentos mil usuários e 1000 cooperados. Na década de oitenta, após ligeiro decréscimo entre os anos de 72 e 74 as cooperativas retomam o crescimento, limitado novamente no início da década seguinte com a evolução do processo de regulação. De 1990 até 2000, a taxa de crescimento do número de usuários esteve entre 33 e 35%, enquanto o número de médicos cooperados ampliou-se de trinta e oito mil para noventa e um mil e o número de cooperativas de 183 para 336. (DUARTE, 2003).

É importante notar que, a partir da década de oitenta, o crescimento do modelo cooperativismo médico acentuou-se nas regiões Norte e Nordeste e posteriormente no Centro-Oeste, contribuindo para constituir atualmente o subsistema de saúde privado com a maior abrangência nacional, considerando-se os sítios de atividade dos médicos cooperados. IRION, (1994 apud DUARTE, 2003) destaca que o processo de crescimento do Sistema Unimed obedeceu a dois ciclos distintos: inicialmente houve a multiplicação de cooperativas que tenderam a se diferenciar constituindo cooperativas regionais e, posteriormente, outros desenvolvendo outros componentes da organização, agora “Complexo Empresarial Unimed”.

O primeiro deles, a Confederação Nacional das Unimed surguiu para assegurar integração das cooperativas singulares, possibilitando transferências para ressarcimento de atendimentos de usuários de uma Unimed por outra e fomentando o intercâmbio de práticas administrativas.

A primeira Unimed foi criada no Vale das Antas, RS, para manter na corporação os recursos financeiros gerados com o trabalho médico, (DUARTE, 2003). Com isso, atividades financeiras não operacionais do ponto de vista da atividade fim da cooperativa poderiam contribuir para as alavancar.

A seguradora surgiu de maneira contingencial com a aquisição do Montepio Cooperativista, transformado inicialmente em Unimed Previdência Privada. Naquele momento as seguradoras de saúde ganhavam expressão nos grandes centros urbanos, principalmente com a venda de planos corporativos e para os mais altos segmentos de renda. Coincidindo com a autorização da SUSEP para vinculação entre seguradoras e serviços de saúde a Unimed decide transformar sua Unimed Previdência em seguradora

para atender a uma clientela dos níveis hierárquicos mais altos das empresas contratantes de planos. A Unimed Seguradora é uma Sociedade Anônima já que a legislação vigente não permite cooperativas seguradoras, como também impede que uma ou mais cooperativas controlem empresas de capital, fato que contribuiu para a criação, no mesmo ano, da Unimed Participação, holding do Sistema Empresarial.

A criação da Unimed Corretora pretendeu alavancar a venda de planos da seguradora através da contratação de corretores exclusivos que, por entender as peculiaridades do Sistema Unimed poderiam convencer clientes potenciais das vantagens proporcionadas.

A Unimed Administração e Serviços Hospitalares foi criada para dar suporte à operação de recursos de atendimento hospitalar e serviços diagnósticos próprios, diretriz que vem sendo gradativamente implementada desde meados dos anos oitenta.

As cooperativas de consumo Usimed foram instituídas para facilitar o acesso dos beneficiários de seus planos a medicamentos, materiais e equipamentos, remoções não-programadas e assistência de profissionais não médicos. Terminaram por constituir também uma rede de farmácias ligadas ao Complexo Unimed.

A Central Nacional Unimed é uma operadora de planos de saúde voltada para o atendimento de beneficiários de planos corporativos de empresas com mais de trezentos funcionários, com presença em mais de dois estados da federação. Visa, em última análise, administrar o atendimento de grandes carteiras dispersas geograficamente e que por isso, necessitam de atendimento padronizado em várias Unimeds singulares.

Componentes do Complexo Unimed	Fundação
Primeira Cooperativa – Unimed Santos	1967
Confederação Nacional Unimeds	1972
Unimed Corretora de Seguros	1982
Unicred – Cooperativas de Economia e Crédito Mútuo	1989
Unimed Seguradora	1989
Unimed Participações	1989
Unimed Administração de Serviços	1992
Usimed – Cooperativas de Consumo	1993
Fundação Unimed	1995
Unimed Produtos Hospitalares	1995
Unimec / Colômbia	1995
Unintel – Unimed Tecnologia, Comércio, Indústria e Serviços Ltda.	1996
Central Nacional Unimed – Operadora de Saúde	1998

QUADRO 7 : COMPONENTES DO COMPLEXO COOPERATIVO E EMPRESARIAL UNIMED SEGUNDO ANO DE FORMAÇÃO

Fonte: DUARTE, 2002 apud ALKAMINE, 1997

Segundo IRION, (1994), houve sistemático afastamento da proposta original do cooperativismo como praticado em Rochdale. Para o autor, a aproximação com as empresas de capital faz parte de um processo de evolução e, a posse e o controle de empresas lucrativas são necessários para agregar competitividade à própria Unimed. Como também assinala MEDEIROS, (1995), as cooperativas não se distanciam de empresas não cooperativas quando inseridas num mercado capitalista.

A estrutura atual do Complexo Multicooperativo e Empresarial Unimed é definida como “a reunião numa instituição de caráter virtual de, de três tipos de cooperativas, (...) juntamente com instituições não-cooperativas com ou sem objetivos de lucro” (IRION, 1998, apud DUARTE, 2003). Este autor esquematiza a estrutura do sistema em seus componentes principais:

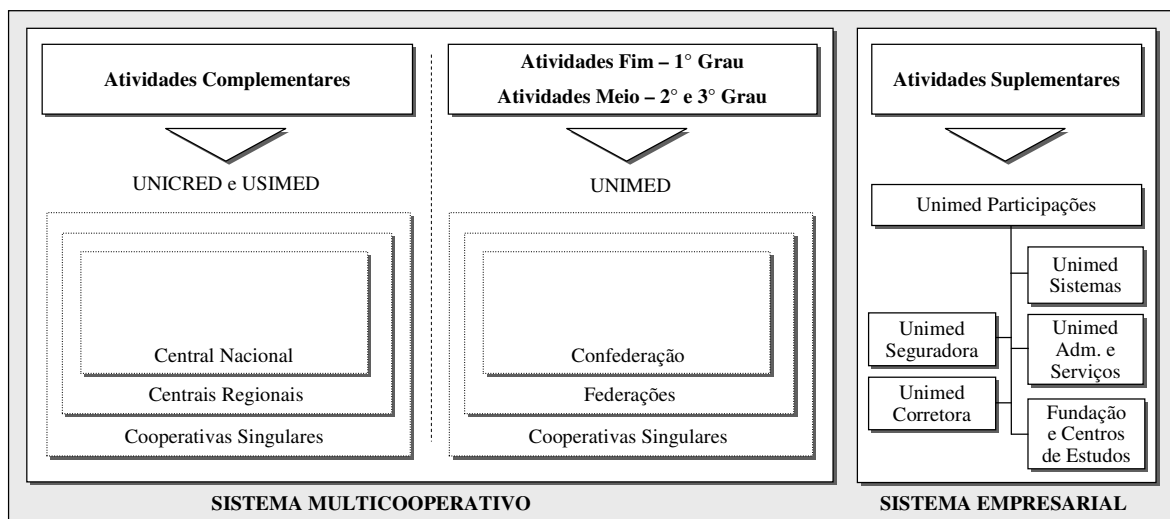


FIGURA 12 : COMPLEXO MULTICOOPERATIVO E EMPRESARIAL UNIMED

Fonte: Adaptado de IRION, (1998), in DUARTE, (2003).

A função expressa das cooperativas é prestar serviços aos seus associados. No entanto, não existe, formalmente ou não, sistema decisório hierárquico estabelecido entre os diferentes graus da estrutura, (DUARTE, 1999). O primeiro, é constituído pelas cooperativas de primeiro grau ou singulares, com atuação em um ou mais municípios. As cooperativas de segundo grau ou federações podem ser intrafederativas, (estaduais ou regionais) ou interfederativas, (atuando dois ou mais estados). Duas federações podem apresentar coincidência parcial na área de atuação, o que é vedado às singulares.

Como cooperativa, uma Unimed singular negocia, em nome de seus profissionais contratos de prestação de serviços a pessoas físicas e jurídicas. Apresenta como missão:

“agregar profissionais médicos para a defesa do exercício liberal , ético e qualitativo de sua profissão, com adequadas condições de trabalho e remuneração justa, além de propiciar, à maior parcela possível da população , um serviços médico de boa qualidade, personalizado e a um custo compatível,” (UNIMED, 2006).

Em 1997, a Federação Norte/Nordeste decretou-se grupo dissidente do complexo, fundando a Aliança Unimed. Durante alguns anos houve disputa interna pela adesão de singulares, federações e pelo uso da marca. Apesar deste e outros

acontecimentos, o sistema permanece unificado, agregando 376 cooperativas, mais de cem mil médicos cooperados, cobrindo mais de onze milhões de clientes em 80% dos municípios do país. (BRASIL, ANS, 2006)

Na década de noventa, a Unimed do Brasil passou a incentivar o oferecimento de recursos hospitalares e ambulatoriais próprios pelas singulares desde que estes não concorressem com os consultórios dos cooperados, e com o exercício liberal da medicina por estes profissionais. Esta iniciativa possibilitou maior visibilidade a um movimento de verticalização lento e contínuo já em andamento. E, com isso, proporcionou melhor intercâmbio de experiências entre singulares que constituíam recursos próprios com outras que já os dispunham.

Ao final de 2005, o Complexo Cooperativo e Empresarial Unimed contava com os seguintes recursos próprios:

RECURSOS PRÓPRIOS	TOTAL
Hospitais	56*
Pronto Atendimentos	58
Sedes	191
Farmácias	109
Ambulâncias	178
Laboratórios A. Clínicas	45
Centros de Diagnóstico	32
Hospitais Dia	15
Óticas	13
Transporte Aeromédico	1

QUADRO 8: RECURSOS PRÓPRIOS DO SISTEMA UNIMED

Fonte: Relatório de Gestão, CNU, 2005

** Nota: dos 56 hospitais próprios, seis são arrendados*

7. ESTUDO DE CAMPO

Este capítulo pretende discutir os “achados” da primeira fase da pesquisa. Conforme mencionado no Capítulo 3, foi realizado estudo de campo em com objetivo final de verificar se as motivações e implicações do movimento de verticalização eram compatíveis com os relatos encontrados na literatura norte-americana e, ao mesmo tempo, fornecer um panorama do processo num grupo específico de empresas.

7.1 Motivadores e Benefícios da Verticalização da Medicina Suplementar

Apresenta-se aqui, análise das entrevistas realizadas com executivos das nove maiores Medicinas de Grupo verticalizadas com atuação na Região Metropolitana de São Paulo, conforme fatores de inclusão descritos na metodologia da pesquisa, Capítulo 3.

Após breve caracterização das empresas, procura-se definir os motivadores e os benefícios esperados em seus processos de verticalização e, posteriormente, analisar os benefícios alcançados neste movimento. Apesar dos aspectos referentes à verticalização das empresas de planos médicos estarem intimamente relacionados, procede-se a uma análise individual de cada um dos benefícios alcançados, no sentido de facilitar a compreensão de seus impactos específicos.

Apenas duas das empresas estudadas iniciaram as atividades nos últimos cinco anos, operando desta forma com 100% dos planos médicos regulamentadas pela lei 9656/98, ou seja, com padronização e sem exclusões de cobertura. Além disso, apurou-se nas entrevistas que as carteiras com menor tempo de evolução tendem a apresentar menores índices de sinistralidade.

Todas as empresas entrevistadas apresentam “mix” de clientes individuais e corporativos, sendo que o percentual de beneficiários vinculados através de pessoas jurídicas variou de 60 a 90%. Os planos coletivos de clientes empresariais não sofrem regulação direta de preço pela ANS e podem ter incrementos de custo repassados ao prêmio ou, em outras palavras, transferência de risco ao contratante. Atualmente, a

venda de planos tem crescido entre Pequenas e Médias Empresas, o que contribui para ampliar ainda mais o volume de beneficiários das classes C e D, foco declarado das empresas de seis dos nove executivos entrevistados. Destes, dois eram Coordenadores Médicos envolvidos mais diretamente com operações médicas e outros sete, Diretores Técnicos dos respectivos planos de saúde.

O principal benefício pretendido com a verticalização empreendida nas “empresas de saúde” dos EUA foi o controle relativo no aumento nos custos médicos, com a racionalização dos serviços disponíveis. Além disso, a formação de redes integradas através de propriedade ou não, poderia fortalecer o posicionamento competitivo destas empresas, prepará-las para modelos de financiamento “por capitação” e ampliar o leque de serviços assistenciais requeridos pela legislação de alguns estados, (BURNS et al 2002). Como efeito secundário, possibilitou minimizar a sobre-oferta de leitos naquele país, porque estimulou a consolidação de empresas e a redistribuição de especialidades entre serviços médicos de uma mesma corporação, (BURNS, KIMBERLY, and WALSTON, 1996).

Nas entrevistas realizadas nesta fase do estudo, o componente de aumento dos custos de produção foi citado com a mesma frequência da ineficiência e falta de qualidade dos serviços prestados aos clientes, como motivadores do processo de verticalização. Este segundo motivador parecer ter tido maior importância relativa na “primeira onda” de integração vertical das décadas de 70 e 80, ocorrida de modo *backward*, quando pequenos grupos hospitalares constituíram planos de saúde. Aparentemente, impôs-se a concepção dos empreendedores médicos, muito focados na qualidade do atendimento. Outro fator indicado nas entrevistas foi que a “qualidade do atendimento” implica a presteza da resolução dos casos dos clientes. Esta resolutividade é mais facilmente alcançada em empresas verticalizadas, com maior integração entre serviços e profissionais de diferentes especialidades. Conforme exposto, a lógica de atendimento nas redes credenciadas privilegia uso demasiado de recursos complexos e de profissionais especializados e, nesta ótica, implica menor eficiência e qualidade dos serviços, (BRASIL, 2005).

Para os gestores, as pressões da elevação dos custos médicos foram agravadas mais recentemente pelas de âmbito regulatório, através do controle direto dos preços de planos individuais. Portanto, torna-se natural que os benefícios esperados por este

processo sejam o controle de custos de produção e a garantia ou melhoria da qualidade dos serviços prestados.

No Quadro 9 do Anexo 15, (pg.150), observa-se a percepção dos entrevistados sobre os benefícios alcançados em ordem de importância, conforme a média das pontuações obtidas. Comprovou-se nas entrevistas que os dois benefícios esperados se concretizaram nas nove empresas estudadas. O controle dos custos de produção e a garantia ou melhoria da qualidade dos serviços prestados alcançaram as maiores médias entre os quatorze aspectos citados, resultado que mostra consistência com o discurso dos executivos do setor.

Para os entrevistados, o maior controle dos custos de produção só tem sido alcançado com a conjugação de racionalização de recursos através da integração e treinamento contínuo das equipes médicas e gerenciais, além do uso intensivo dos sistemas de informação. Este último fator foi considerado crítico para as empresas verticalizadas, não somente por propiciar monitoramento do perfil epidemiológico e de uso dos recursos pelos clientes, mas, para três dos respondentes, para aprimorar processos logísticos das áreas de suprimentos.

Como terceiro item mais pontuado, mencionou-se a economia de escala, obtida especificamente nos processos de compra de materiais e medicamentos para os serviços próprios das operadoras verticalizadas. Uma Medicina de Grupo com hospitais e centros de diagnósticos consome insumos em grande volume e de modo regular, propiciando melhores condições de negociação com fornecedores. Para dois entrevistados, outro elemento que favorece negociações é a racionalização do número de itens, já que a padronização do uso de medicamentos, próteses, materiais cirúrgicos e laboratoriais permite concentrar compras em fornecedores que ofereçam melhores condições de compra, qualidade e custo-benefício. No âmbito das negociações com fornecedores, a economia de escala decorre de um maior “poder de mercado” mencionado como segundo benefício mais importante em estudos do processo de verticalização no setor de saúde dos EUA, (BURNS, KIMBERLY, & WALSTON, 1996).

O processo de verticalização restringiu-se a empresas de maior porte que, devido à escala de consumo de suas grandes carteiras de clientes poderiam justificar o investimento em hospitais ou centros de diagnóstico, por exemplo. Do ponto de vista do agente prestador dos serviços pertencentes à operadora, há maior estabilização da

demanda pelo fluxo de clientes direcionado pela mesma entidade. Este é o caso de alguns hospitais comprados por Medicinas de Grupo, (verticalização *forward*), ou de operadoras originadas de pequenos grupos hospitalares, (verticalização *backward*). Assim, na percepção dos entrevistados, houve redução das oscilações na demanda por serviços, quando estes estão integrados a uma operadora. Esta característica foi constatada em alguns estudos norte-americanos, (CLEMENT, 1988; BAZZOLI et al, 1999; BURNS & PAULY, 2002).

O controle dos serviços e dos planos médicos por um mesmo agente econômico favorece, na opinião dos entrevistados, a aplicação de sistemas de informação corporativos, possibilitando melhorias qualitativas nas informações disponíveis sobre padrões de consumo da clientela, como intensidade, frequência e motivos de utilização dos serviços. Em redes credenciadas, estes dados são geralmente distorcidos e menos fidedignos, principalmente por ter como fonte principal os sistemas de informação de faturamento. Vale lembrar que o modelo de ressarcimento predominante baseia-se no pagamento por serviços prestados, estimulando utilização de recursos e falseando informações sobre as reais necessidades dos clientes.

Como consequência direta do benefício relacionado anteriormente, pode-se citar a maior possibilidade de se estimar a demanda, através da disponibilidade de informações mais completas e confiáveis nos sistemas das operadoras verticalizadas, segundo relatado pelos respondentes.

No contexto das Operadoras de Saúde verticalizadas, o controle sobre os serviços prestados propicia maior flexibilidade na adoção de novas metodologias administrativas e técnicas. Para os entrevistados, o uso de protocolos médicos, a padronização de medicamentos e materiais e a utilização de modelos gerenciais torna-se mais fácil na medida em que grande parte dos médicos e colaboradores passam a responder diretamente a uma autoridade administrativa comum entre prestador e plano de saúde, configurando o que WILLIAMSON, (1979), denomina de “poder das hierarquias”. Muito relacionada à questão hierárquica, a gestão de pessoas foi mencionada como crítica no processo de verticalização por cinco dos nove entrevistados e, curiosamente, das cinco maiores empresas. Para estes executivos, a possibilidade de selecionar e treinar colaboradores envolvidos diretamente na assistência médica, mas pautados pelos objetivos genéricos de uma empresa maior com plano de saúde, facilita a implementação de estratégias e das já mencionadas novas metodologias administrativas.

Esta percepção parece refletir um benefício competitivo de integrações empresariais apontado por EISENHARDT, (1985).

Os dois itens a seguir são muito imbricados e, por isso, foram comentados em conjunto. São eles: o fortalecimento da posição competitiva no mercado e a criação de barreira de entrada a novos concorrentes. Na opinião dos executivos entrevistados, se uma empresa se fortalece por se tornar maior e usufruir mais estabilidade com o processo de verticalização, dificulta-se a atividade Operadoras de Saúde menores e, por conseqüência, as iniciantes, que não dispõem de capital para constituir redes próprias de atendimento com ambulatórios, hospitais e serviços diagnósticos. Esta característica, não por acaso, assemelha-se ao contexto do mercado de saúde norte americano onde a capacidade de investimento foi decisiva no processo de consolidação de grandes empresas de saúde, (BURNS, et al, 1996).

A atração de novos clientes e a fidelização dos já existentes são dois benefícios relativos da verticalização com pontuações semelhantes, mas com implicações distintas, segundo os entrevistados. A atração de clientes parece ocorrer em menor grau e é atribuída ao fato de que operadoras verticalizadas geralmente operam serviços com menor custo, economia repassada para os clientes corporativos, já que os planos empresariais não são sujeitos à regulação direta de preços imposta pela ANS aos planos individuais. Já a fidelização de clientes deve-se principalmente à melhor resolutividade dos casos de clientes proporcionada nas operadoras verticalizadas pela integração entre seus profissionais e utilização de protocolos médicos. Vale ressaltar que segundo alguns dos entrevistados, a percepção de seu público sobre os serviços próprios parece ter se alterado na última década. Os clientes de planos individuais, muitas vezes avessos às redes próprias pela associação entre racionalização de custos e limitação de direitos e serviços, parecem perceber atualmente benefícios como a melhor resolutividade. Os Departamentos de RH que escolhiam planos de operadoras verticalizadas por critérios pautados por custo visando atender clientes do segmento operacional de suas empresas, passam a privilegiar a otimização da conveniência dos serviços como sua distribuição geográfica, para atender segmentos intermediários até níveis de gerência. Para os entrevistados, a capilaridade das redes próprias atraem os segmentos de renda C e D e a concentração de diversos tipos de serviços numa mesma unidade, como ocorre com os chamados “Centros Médicos”, são fundamentais para atrair o público do segmento B. Como unanimidade entre os entrevistados têm-se que o

segmento A, seja através de planos individuais ou corporativos, prioriza a livre escolha em rede credenciada ou através de reembolso, na medida em que valoriza marcas hospitalares de laboratórios, e reputações profissionais de médicos.

A ampliação da oferta de serviços a segmentos determinados de clientes mencionada por alguns autores no contexto norte-americano, foi o segundo item menos pontuado como vantagem relativa oferecida pelo processo de verticalização das operadoras de saúde. Como exposto anteriormente, a legislação em vigor padroniza modalidades de planos e veta possibilidades de exclusão de cobertura, fazendo com que serviços não disponíveis nas redes próprias tenham de ser contratados no mercado. Nos EUA, grandes empresas de saúde tendem a investir na diversificação de serviços cobertos, de modo a fortalecer sua atuação em âmbitos regionais, (ROBINSON & CASALINO, 1996).

A diminuição dos custos de transação comprovada por estudos em outros setores pela TECT foi curiosamente o benefício com menor importância relativa para os entrevistados sendo que, para quatro deles, não houve vantagens desta natureza com o processo de verticalização em suas empresas. Alguns entrevistados alegaram que as estruturas administrativas responsáveis pelo monitoramento e execução de contratos com prestadores de serviços das empresas não verticalizadas têm pouca representatividade nas despesas totais e que em suas operadoras ainda existe necessidade de manter estruturas de controle interno, embora em menor monta.

Como conclusão final apurou-se que, aparentemente, o intento estratégico das empresas entrevistadas têm sido alcançado em relação ao processo de verticalização, na medida em que os benefícios esperados coincidiram com os benefícios alcançados, com maiores médias de pontuação. Resta saber se alguns dos benefícios alcançados com baixas pontuações não poderiam ampliar suas contribuições relativas para as operadoras verticalizadas. Ou, se os benefícios alcançados, em clara vantagem numérica em relação aos pretendidos, podem ser diretamente relacionados aos processos de verticalização e não a outros fatores.

7.2 Perspectivas da Verticalização na Visão dos Gestores

Nesta sessão busca-se comentar as tendências prováveis no mercado de saúde do país na percepção dos executivos entrevistados no Estudo de Campo. Todos concordam que o processo de verticalização é uma tendência consolidada. No médio prazo, cinco deles apontam a possibilidade de ocorrência de outros arranjos verticais, que não envolvem necessariamente o vínculo de propriedade, o que contraria o enfoque de GROSSMAN & HART, (1986). Estes autores demonstraram que a posse dos recursos integrados na cadeia produtiva agrega estabilidade ao processo, ao eliminar grande parte das relações contratuais entre empresas.

Como exemplos foram citados o arrendamento de estruturas hospitalares para que empresas de planos médicos operassem serviços de internação voltados ao atendimento de sua clientela com pessoal próprio. Ainda nesta linha, e também baseando-se em acordos existentes com perspectivas de crescimento, está o arrendamento de áreas em hospitais de operadoras a grandes redes de laboratórios de análises clínicas. Este caso constitui um arranjo vertical, já que um contrato de longo prazo poderia direcionar as demandas dos clientes internados de uma operadora para um laboratório parceiro. O setor de análises clínicas passou por um período de reestruturação com a formação de grandes redes, algumas delas com possibilidade de atuar nacionalmente. Na opinião de três respondentes a escala alcançada por estas redes tem duas implicações. Por um lado, garantem economias nos processos operacionais; mas, por outro, fazem estas empresas “ganhar expressão” e adquirir poder de mercado pouco favorável às operadoras verticalizadas, em eventuais negociações para assumir sua demanda por serviços de análises clínicas.

No longo prazo, dois dos entrevistados apontam a possibilidade de alteração do próprio sistema de ressarcimento, apostando na divisão do risco entre financiadores e prestadores de serviços, através do pré-pagamento a hospitais e ambulatórios, em detrimento ao atual modelo de pagamento retrospectivo por serviços prestados (*fee-for-service*). Em suas opiniões, as empresas verticalizadas também seriam beneficiadas neste cenário, já que dispõem de maior integração entre suas unidades de negócio, com informação global e melhor controle de todo processo de atenção a sua clientela. Por este motivo estariam teoricamente mais aptas a operar serviços próprios por meio de

planejamento orçamentário, em função da maior previsibilidade de seus custos variáveis.

Foi interessante notar a ausência de menção a arranjos horizontais, com ou sem vínculos de propriedade. Este fato, pode indicar que não existe a percepção por parte dos executivos das operadoras de planos de organização dos prestadores de serviços médico no sentido de obter escala e ganhar poder de negociação. Nos EUA, um importante movimento integração horizontal culminou, em meados da década de noventa, com a formação de grandes conglomerados hospitalares como *Hospital Corporation of America* e *Tenet Healthcare Corporation* que chegaram, na época, a ter mais de duzentos hospitais próprios no primeiro caso e cento e vinte no segundo.

Um ponto com pouco destaque nas entrevistas refere-se à reação dos prestadores hospitalares frente à crescente penetração das operadoras neste mercado com a verticalização. Explica-se: Se o grande impulsionador do movimento de verticalização foi o incremento dos custos, este tem como componente importante a operação ineficiente dos serviços médicos. Se os prestadores autônomos não integrados a operadoras otimizarem suas operações podem, no longo prazo, alcançar menores custos de produção através de inovações e focalização, (HERZLINGER, 2003). Em tese, grandes organizações verticalizadas são menos flexíveis e mais resistentes a mudanças eventuais pelo amplo escopo de atuação, (BALAKRISHNAN & WERNERFELT, 1986). Por isso, no campo teórico, pode-se entender que parte do sucesso referido com o processo de integração vertical das operadoras de planos é devido ao contexto em que se insere a produção dos serviços médicos.

Como qualquer processo de reestruturação de setores econômicos a verticalização na Saúde Suplementar parece alcançar alguns benefícios propagados por entusiastas do assunto. Mas, aparentemente, não contribuiu para a diminuição dos custos de transação. Este fato contradiz a experiência de integração vertical das empresas de saúde norte-americanas ou os efeitos relatados pela literatura acadêmica nos ciclos ocorridos em outras indústrias. Para pesquisas futuras, permanece a possibilidade de investigações de caráter causal, como também estudos de casos em profundidade.

9. O CASO DA UNIMED PAULISTANA

Neste capítulo apresenta-se a descrição da cooperativa que serviu ao Estudo de Caso, a segunda fase da pesquisa. A seguir analisam-se os dados oriundos de fontes primárias e secundárias com o objetivo de elaborar uma arquitetura de competências. Esta metodologia serviu para determinar os recursos e as competências organizacionais relacionadas ao direcionamento estratégico da Unimed Paulistana e envolvidas em maior ou menor grau com seu processo de verticalização.

9.1 Breve Histórico e Caracterização da Empresa

A Unimed Paulistana é uma cooperativa de trabalho médico sem fins lucrativos que presta serviços de assistência médica e gestão em saúde. Fundada em 1971, foi a quinta cooperativa de trabalho médico do Estado de São Paulo para atuar na capital e outros 25 municípios: Arujá, Barueri, Biritiba Mirim, Carapicuíba, Cotia, Caieiras, Diadema, Embu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Itapeverica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Mairiporã, Mogi das Cruzes, Osasco, Poá, Salesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Suzano e Taboão da Serra.

Ao longo das décadas de oitenta e noventa, a empresa enfrentou um período de estagnação, provocado por divergências políticas entre seus dirigentes e as Federações Estadual e Nacional. O Presidente da Unimed do Brasil ou Federação Nacional das Unimeds e fundador da primeira cooperativa médica do país, o Dr. Edmundo Castilho, propôs a criação de uma taxa de contribuição vinculada ao número de beneficiários das Unimeds, para prover as atividades das Federações Estaduais. Esta medida encontrou resistências na assembléia de cooperados da Unimed Paulistana e, em paralelo à decisão de não participar do recolhimento da contribuição, esta cooperativa passa a ser acusada de dificultar o atendimento de beneficiários de outras Unimeds. Na visão de alguns, o pretense comportamento infringia as normas de intercâmbio estabelecidas pelo complexo.

Através de uma manobra jurídica, o Presidente da Unimed Brasil e um grupo de representantes da Federação das Unimeds de São Paulo conseguiram autorização do

INCRA, entidade que regulava atividade de qualquer cooperativa no país, para abertura de outra Unimed no município de São Paulo. Com isso, possibilitou-se o afastamento da Unimed Paulistana do sistema que, passou a contar com nova referência para intercâmbio de beneficiários em sua área de atuação: a Unimed São Paulo. (Entrevista com Diretor da Área de Intercâmbios, Junho, 2006). Em suas palavras:

“...um processo de disputa política se travava entre as lideranças do sistema, transformando algumas assembleias democráticas em estruturas oligárquicas... Evito fazer juízos de valor mas, para muitos, a direção deste sistema tem sido privilégio de uns poucos.”

Ao mesmo tempo em que a Unimed Paulistana perde parte do diferencial competitivo de intercâmbio, atrativo para os clientes de planos empresariais, a Unimed São Paulo cresce em ritmo acelerado. Contribuiu para isso a iniciativa de oferecer “Contratos de Adesão”, modalidade de plano de saúde individual, mas contratada através de associações de classe como sindicatos com precificação atraente se comparada a um plano empresarial similar, e que ainda hoje não estão sujeitos à regulação da ANS. Por ser livremente negociados entre as partes, estes contratos podem ter muito ou pouco controle da utilização dos serviços médicos e, naquele caso, parece ter ocorrido a segunda opção. O período inflacionário permitia ganhos financeiros que compensavam desajustes operacionais e, para as fontes entrevistadas, a empresa não constituiu reservas que possibilitassem controlar riscos ou justificar alguns projetos. Em alguns anos a Unimed São Paulo já contava com quase trezentas mil vidas, havia montado estrutura de remoções aéreas e assumido financiamento do BNDES para construção de hospital na Zona Sul da cidade.

Para manter-se no mercado, a Unimed Paulistana passou a negociar acordos bilaterais com Medicinas de Grupo e algumas Unimeds que atuassem em regiões onde possuísse beneficiários. Quando a Unimed São Paulo entrou em crise financeira, apesar das tentativas de aporte de capital da Unimed Seguradora, parte de seus clientes passaram a migrar, beneficiando entre outros a Unimed Paulistana. (Entrevista com Diretor da Área de Intercâmbios Unimed Paulistana, Junho, 2006). Na metade dos anos noventa, o Presidente da Federação Estadual oferece à Unimed Paulistana oferece a possibilidade de reintegração à entidade, à revelia da Federação Nacional. Naquela época, houve uma dissidência da Unimed Brasil, com a criação de outra entidade

representativa de terceiro grau, a Associação Central Nacional das Unimed, (ACNU). Posteriormente, e ainda na vigência de instabilidade política no sistema, a Federação Nacional das Unimed cria operadora voltada ao segmento de planos corporativos, esperando capitalizar parte dos clientes que deixavam a Unimed São Paulo. Batizada de Central Nacional Unimed, oferecia planos para empresas com mais de trezentos funcionários, distribuídos em mais de dois Estados. Esta operadora localiza-se no município de São Paulo, onde há concentração de empresas de maior porte, e foca seus esforços comerciais na região, concorrendo diretamente com a Unimed Paulista.

Atualmente, a Unimed Paulista integra o maior sistema de saúde da América Latina com cerca de 12 milhões de clientes ou 26,5% dos beneficiários da Medicina Suplementar. Este sistema, com abrangência em 4.125 municípios ou 74,9% do território nacional, é composto por 376 cooperativas médicas, entre Singulares, Federações e a própria Confederação Nacional. As Unimed locais, que atuam no âmbito dos municípios, são denominadas Unimed Singulares, ou de primeiro grau. As cooperativas médicas de trabalho de um mesmo estado organizam-se em Federações Estaduais ou de segundo grau, cujas missões são: regular normas de intercâmbio de beneficiários entre as singulares, zelar pela manutenção doutrinária e definir outras ações sinérgicas na respectiva região. As Federações Estaduais, por sua vez, reúnem-se em uma Confederação Nacional ou de terceiro grau, órgão máximo de regulação do sistema.

Com 1 milhão e 7 mil clientes, é a quinta maior operadora de saúde do País. A Cooperativa conta hoje com 1.800 médicos cooperados e uma rede credenciada de 361 prestadores, sendo 98 hospitais, 130 clínicas e 133 laboratórios e centros de diagnósticos na Grande São Paulo. Em 2005, a cooperativa ampliou sua base de clientes em 10,5%, em relação ao ano anterior, e seu faturamento foi de R\$ 1,155 bilhão, 24,67% superior ao faturamento de 2004. Nos últimos cinco anos, a Unimed Paulista registrou um aumento de 320% em seu faturamento.

Em 2005, o conjunto das cooperativas obteve faturamento de R\$ 12 bilhões e realizou mais de 58 milhões de consultas; 3,3 milhão de internações e 83 milhões de exames complementares. O Sistema Unimed possui 66 hospitais próprios e 3.596 credenciados, frente aos 6.596 do país.

Neste mesmo ano, o faturamento da Unimed Paulistana foi de R\$ 1,15 bilhão, representando um acréscimo de 420% em cinco anos. Neste período, o número de beneficiários ampliou-se de 494 para 974 mil. (Vide Gráfico abaixo).

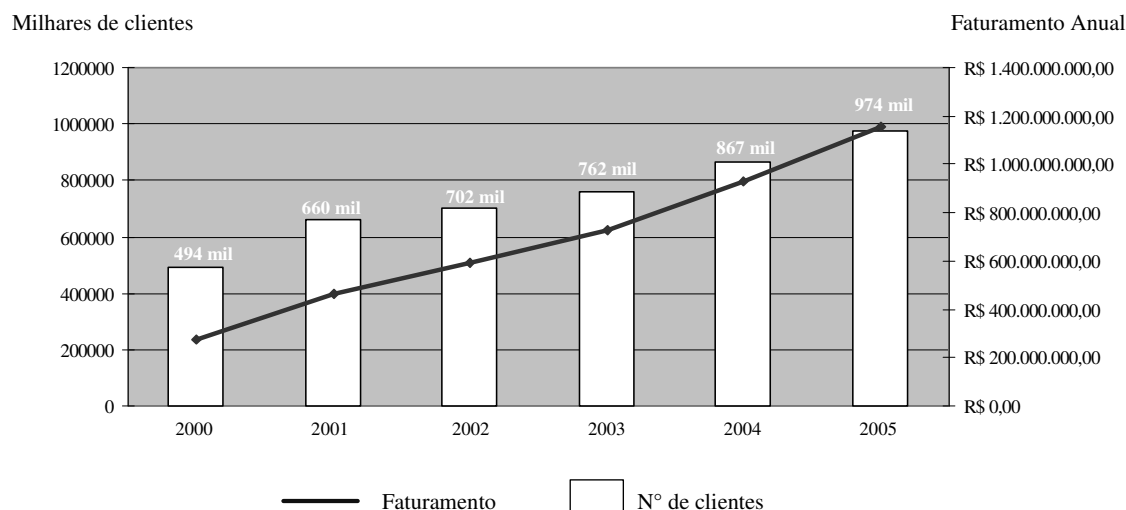


GRÁFICO 3: NÚMERO DE CLIENTES E FATURAMENTO ANUAL DA UNIMED PAULISTANA NOS ÚLTIMOS SEIS ANOS

Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no website institucional. (www.unimedpaulistana.com.br _aempresa), Acesso em junho, 2006.

A empresa oferece cinco formas de contratação de planos de Saúde:

1. Planos para Pessoas Físicas: Contemplam contratos individuais ou familiares. Os planos contratados após Janeiro de 1999 ou posteriores à Lei 9656/98 são regulados pela ANS em termos de cobertura mínima, rede assistencial, prêmios e variações de preço entre faixas etárias. A Unimed Paulistana tem 144 mil vidas cobertas nestes planos, com sinistralidade média de 75%.

2. Planos Empresariais: Incluem funcionários e dependentes de planos contratados por grandes empresas através da livre negociação dos prêmios e da rede assistencial. Representam 206 mil vidas e contam com sinistralidade média de 95%.

3. Planos de Pequenas e Médias Empresas: Caracterizam-se por planos empresariais contratados por empresas com mais de cinco e menos de cem funcionários. Representam 71 mil vidas com sinistralidade média de 62%.

4. Contratos de Adesão (Planos de Pessoas Físicas Agrupadas em Associações de Classe, com ou sem patrocínio). Constituem planos individuais contratados através da intermediação de entidade representante o que, perante a legislação, os exime da regulação da ANS. Representam 228 mil beneficiários e 86% contam com patrocínio, integral ou não, do plano de saúde. Contam com sinistralidade de 81%.

5. Intercâmbio. Uma peculiaridade de cooperativas, esta operação corresponde a 3.500 atendimentos ambulatoriais por mês, 35% da receita atual da empresa ou R\$ 385 milhões. Trezentos mil beneficiários de outras UnimedS que moram ou trabalham em São Paulo utilizam a Rede da Unimed Paulistana e as despesas resultantes destes atendimentos são repassadas às cooperativas de origem. Outros quinze mil beneficiários de outras UnimedS tiveram seus prêmios redirecionados para a Unimed Paulistana, de modo que esta última passa a assumir os riscos destes clientes, embora a negociação do prêmio dos planos tenha ocorrido em outras cooperativas. (Fonte: Entrevistas, realizadas em Junho de 2006).

Para cada uma das formas de contratação, a cooperativa oferece seis opções de planos de saúde, que se diferenciam pelo tipo de acomodação, rede credenciada, benefícios e livre escolha:

- Plano Sigma – Este plano visa atender às classes C e D, segmento ainda pouco enfatizado pela cooperativa, com predomínio de pessoas jurídicas e PMEs. Além do preço competitivo, este produto tem no número de médicos que podem ser consultados seu diferencial. Abrange 1800 médicos em todas especialidades, ou 100% dos profissionais cooperados. A rede credenciada, mais enxuta, foi criada especificamente para o produto, possuindo serviços entre hospitais, clínicas, laboratórios e centros de diagnósticos, localizados no município de São Paulo..

- Plano Referência - Oferece Rede Credenciada de hospitais e laboratórios na Região Metropolitana de São Paulo e 1800 médicos, em todas as especialidades. É o principal produto comercializado a clientes individuais ou familiares.

- Plano Padrão - Inclui benefícios adicionais como serviço de Coleta Domiciliar de Exames, *Safety Air* (transporte aeromédico inter-hospitalar), Plano de Proteção Profissional e Plano de Remissão Assistencial, entre outros.

- Plano Integral - Internação hospitalar em apartamento, com direito a acompanhante, além de todos os benefícios da opção anterior. É o principal produto comercializado a clientes individuais ou familiares. Trata-se do segundo produto mais vendido entre pessoas físicas.

- Plano Supremo - Amplia o número de hospitais da Rede Credenciada e também conta com os benefícios adicionais das opções anteriores.

- Planos Absolutos - Conta com todos os serviços dos outros planos, e mais: Assistência Internacional e Livre Escolha de médicos, hospitais e laboratórios, com três níveis de reembolso de acordo com a opção do plano.

Aos clientes de planos individuais e familiares, a partir da opção Padrão, são oferecidos alguns benefícios adicionais, sem ônus financeiro.

- *Safety Air* – Transporte aeromédico inter-hospitalar em todo o território nacional, nas situações de emergência.

- PRA (Plano de Remissão Assistencial) – No caso de falecimento do titular, os dependentes legais têm direito aos serviços do plano por mais cinco anos, livres de qualquer pagamento.

- PPP (Plano de Proteção Profissional) – Em caso de demissão sem justa causa ou afastamento temporário, o titular do plano conta com quitação de três mensalidades. Em caso de falecimento ou invalidez permanente do titular, os dependentes recebem uma indenização no valor de nove vezes a mensalidade do plano, além de auxílio funeral.

- Coleta Domiciliar de Exames – Retirada de material para exames de análises clínicas, encaminhamento para laboratórios da Rede Credenciada e entrega dos resultados em domicílio.

A empresa também oferece benefícios opcionais cujos custos são adicionados em forma de pré-pagamento à mensalidade do plano:

- Emergências Médicas Domiciliares – Durante as emergências, orientação médica pelo telefone, além de atendimento domiciliar e, se necessário, transporte para hospitais da rede em ambulâncias e UTIs móveis.

- Cobertura Odontológica – Cobertura para restaurações, raios X, tratamentos de gengiva, canal, cirurgias e odontopediatria, além de descontos em manutenção ortodôntica e próteses.

- Assistência Internacional – Atendimento em casos de emergências durante viagens ao exterior. Benefício já incluso nos planos Absolutos. Cobre assistência médica e odontológica, medicamentos, além de oferecer passagem para retorno de familiares, viagem de regresso antecipado, e serviços como assistência jurídica, extravio de bagagem, entre outros.

Para ampliar ainda os serviços às empresas, a Unimed Paulistana possui uma Área de Saúde Ocupacional apoiando o contratante nas questões determinadas pelo Ministério do Trabalho. A Cooperativa disponibiliza uma equipe especializada, composta por técnicos em segurança do trabalho e corpo médico, além de estrutura operacional para assessorar a empresa na implementação e manutenção de relatórios sobre a saúde de seus funcionários. Para tal, a empresa oferece visitas técnicas, elaboração dos Programas de Saúde Ocupacional, realização de exames médicos admissionais, demissionais, periódicos, de retorno ao trabalho e de mudança de função. Também podem ser negociados separadamente a organização de palestras, eventos sobre qualidade de vida e atualizações na Lei. Os principais serviços oferecidos pela área de Saúde Ocupacional são:

- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) - Programa de saúde ocupacional que busca melhor condição de saúde para os trabalhadores. Obrigatório para as empresas regidas pela CLT, em conformidade com a Norma Regulamentadora N° 7. (Portaria de Saúde e Secretaria Segurança Trabalho de 12/1994 e Portaria N°. 3.214/78, Consolidação das Leis do Trabalho, Ministério do Trabalho)

- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) - Visa a preservação da saúde e integridade física do trabalhador, por meio do levantamento dos riscos nos locais de trabalho e sugestões de medidas de controle. É obrigatório para as empresas segundo a Norma Regulamentadora nº 9. (Portaria de Saúde e Secretaria Segurança Trabalho 12/1994 e Portaria N°. 3.214/78, Consolidação das Leis do Trabalho, Ministério do Trabalho).

O cliente pode optar ainda pela contratação de Assistência Internacional e Assistência Funerária.

9.2 Direcionamento Estratégico, Verticalização e Competências Relacionadas

Esta sessão visa responder às questões propostas no Capítulo 2, através da análise de entrevistas realizadas entre Maio e Junho de 2006, de documentos de circulação interna, além de dados secundários obtidos em materiais promocionais, *website* institucional e outras fontes externas. As entrevistas ocorreram em duas etapas. Na primeira, realizada com o Presidente do Conselho Administrativo e cinco Superintendentes, levantaram-se aspectos genéricos da estratégia da organização e as implicações do processo de verticalização da cooperativa. Posteriormente, aprofundou-se a investigação com Diretores e Gerentes nos setores relacionados mais diretamente à verticalização, pretendendo-se compreender como as competências e mais especificamente aquelas relacionadas a este processo contribuem para os objetivos estratégicos da Unimed Paulistana. Para tal, precedeu-se à elaboração de uma arquitetura de competências, segundo modelo de MILLS et al, (2002, 2003 a).

O primeiro ciclo de entrevistas permitiu levantar os principais direcionamentos estratégicos da cooperativa. O primeiro deles consiste na criação de produtos para atender, com mais ênfase, clientes das faixas de renda C e D. Este é o objetivo do Plano Sigma, descrito anteriormente. Segundo os respondentes, estes segmentos ainda representam possibilidade de ampliação do grau de cobertura pela Medicina Suplementar, (Vide Figura 10, pg. 52), apesar de contar com concorrência acirrada. Como competidores neste segmento citaram-se: Amesp, DixAmico, Intermédica e Samcil.

O segundo direcionamento consiste em estratégias relacionadas ao controle dos custos médicos, conforme apontado pelo Estudo de Campo, (Capítulo 7). Abrange medidas de investimento em tecnologia da informação, ampliação e melhorias nos processos de auditoria médica e, principalmente, o oferecimento de serviços de saúde próprios, com ênfase no atendimento pré-hospitalar e em iniciativas de prevenção e promoção de saúde dos beneficiários.

Ao final de 1999, seguindo orientações estratégicas do mercado e do Sistema Unimed, a Cooperativa Paulistana negocia arrendamento do Hospital Santa Helena no bairro da Liberdade, com menos de 120 leitos ativos na época. Reestruturado em 2000, passa a contar equipe de 756 funcionários efetivos, 403 médicos contratados, (sendo 125 cooperados), e contemplando 40 especialidades médicas. Em 2005, o hospital

recebeu R\$ 21,3 milhões em investimentos para reformas de ampliação e aquisição de equipamentos. Atualmente oferece 215 leitos, divididos em 177 de internação, 12 de UTI Adulto, 10 de Semi-Intensiva e 16 leitos de UTI Neonatal, atendendo exclusivamente clientes da Cooperativa Paulistana e do Complexo Unimed. Até o final de 2006, terá 26 leitos de UTI Adulto e mais 15 de UTI pediátrica, com capacidade operacional total de 244 leitos.

O Planejamento Estratégico traçado para o triênio 2004-2006 previu também a implementação de três de um total de dez Centros de Procedimento e Apoio, CPAs, nas diversas regiões da cidade. Estas estruturas reúnem em um único local, plantão de pronto-atendimento, serviços de coleta de materiais para exames clínicos, diagnósticos por imagem, (Raio X e Ultra-som), além de medicina preventiva. Estes centros oferecem conveniência aos beneficiários ao possibilitar a resolução de ocorrências agudas num curto espaço de tempo, sem a necessidade de agendamento de consultas, autorizações para exames ou deslocamentos entre diferentes serviços médicos. Além disso, propiciam a integração de informações dos históricos médicos e dados de atendimento dos pacientes no sistema da Unimed Paulistana, facilitando o posterior acompanhamento em consultórios, pelos médicos cooperados.

Atualmente existem duas unidades em funcionamento nas Zonas Norte e Leste, e uma terceira a ser inaugurada no segundo semestre de 2006. Todas contam com médicos contratados e objetivam não competir com o atendimento tradicional dos médicos cooperados já que objetivam a resolução de crises agudas, realização de exames e posterior encaminhamento.

Nestas entrevistas com a alta direção da empresa, (vide organograma no Anexo 16, pg. 151), puderam ser levantados os principais motivadores, os benefícios esperados e os alcançados até o momento com o processo de verticalização da empresa, referidos de forma espontânea pelos respondentes:

Motivadores (Em ordem de importância)	Benefícios Esperados (Em ordem de importância)	Benefícios Alcançados
Necessidade de controlar os custos com assistência médica	Maior controle dos custos dos serviços médicos próprios	Sim
Necessidade de controlar a qualidade da assistência médica	Maior controle da qualidade dos serviços médicos próprios	Sim
	Integração dos Sistemas de Informação entre Operadora e Recursos Próprios	Parcialmente
	Oferecimento de maior conveniência aos beneficiários através dos Recursos Próprios	Parcialmente

QUADRO 10: MOTIVADORES E BENEFÍCIOS DA VERTICALIZAÇÃO NA UNIMED PAULISTANA RELATADOS PELOS RESPONDENTES

Fonte: Entrevistas, (Maio e Junho, 2006)

A possibilidade de maior controle dos custos de produção dos serviços médicos foi o principal motivador e um benefício esperado com o processo de verticalização da empresa. Cinco dos seis respondentes iniciais também citaram como motivadora da verticalização a necessidade de proporcionar e controlar a qualidade da assistência médica. Um deles refere:

“...É muito difícil controlar os serviços de um terceiro, que nem sempre tem interesses alinhados com os da Unimed. Em nosso hospital prezamos pela qualidade porque temos uma imagem a zelar. Na rede não é bem assim, já que o paciente na maioria das vezes não sabe nem pode julgar a técnica.” (Entrevista realizada em Maio de 2006)

Três entrevistados citaram um mesmo exemplo referente ao impacto do CPA Zona Norte no número de internação após consultas de pronto-atendimento dos beneficiários. Antes da implantação deste recurso próprio em 2005, o serviço médico credenciado gerava, em média, três a três e meia internações por cem clientes Unimed atendidos, índice que baixou para um por cento. Em consonância ao que foi apurado no Estudo de Campo, nota-se efeito duplo do controle vertical sobre os serviços médicos, seja em seu componente de custo ou de qualidade. É preciso ressaltar que algumas

correntes da literatura apontam, no longo prazo, certo distanciamento dos mecanismos de controle competitivo do mercado e burocratização de processos internos nas empresas verticalizadas sob a forma de hierarquias. Como já mencionado no Capítulo 3, este tipo de estrutura pode tornar a empresa mais defasada em relação a novas tecnologias, metodologias de gestão, canais de vendas, acesso a novos fornecedores, compradores etc, (BALAKRISHNAN & WERNERFELT, 1986).

Além de considerações críticas, torna-se necessário definir o termo qualidade para compreender sua relação com a otimização dos custos da assistência médica. Na definição adotada pelo *Institute of Medicine* dos EUA, qualidade pode ser entendida como o grau com que os serviços médicos maximizam as chances de ocorrência de resultados positivos para a saúde de indivíduos e populações, considerando-se os conhecimentos e tecnologias disponíveis. (BERWICK, 2002). Outra entidade, *Agency for Healthcare Research and Quality*, (ou *AHRQ*), estabelece cinco parâmetros influenciadores da qualidade nos serviços de saúde: acesso, resultados, estrutura assistencial, perspectiva do paciente sobre o atendimento e o processo deste atendimento. Este último item, como determinante da qualidade final do serviço prestado, está relacionado ao controle dos custos de produção dos serviços médicos prestados nos CPAs da Unimed Paulistana. Explica-se: na percepção de alguns entrevistados o processo de atendimento no CPA é mais ágil já que o paciente é atendido, realiza exames sem necessidade de autorizações, recebe o diagnóstico e prescrições, e ainda pode adquirir os medicamentos no local, num espaço de tempo relativamente curto. Portanto, pode-se afirmar que a qualidade do atendimento está, neste caso, relacionada ao melhor controle dos custos de produção dos serviços médicos.

Para o Superintendente dos Recursos Assistenciais, (dentre os quais se encontram os CPAs), a pesquisa de opinião sobre atendimento realizada na unidade Zona Norte é muito favorável, demonstrando qualidade. na percepção dos pacientes . Este entrevistado relata que a escolha desta região para a primeira unidade de CPA deveu-se a um déficit relativo de serviços correlatos em rede credenciados. Também afirma que com a introdução das outras unidades previstas, será alcançada ampla dispersão geográfica, proporcionando qualidade segundo o quesito acesso.

A otimização da conveniência aos clientes alcançada nos recursos próprios, e em especial nos CPAs, foi citada pelo Superintendente Comercial como principal

benefício a ser alcançado no longo prazo, superando em importância o controle dos custos assistências. Em sua opinião, o controle dos custos de produção é objetivo perseguido por todos concorrentes e um benefício concreto, quase imediato, através dos recursos próprios. No entanto, os serviços de saúde independentes, tenderão reagir à tendência de verticalização, otimizando seus processos e minimizando seus custos, podendo inclusive chegar a ter preços finais mais competitivos. Por isso, a questão da conveniência dos serviços aos clientes pode ser um diferencial mais sustentável, dificilmente substituível e/ou imitável.

Segundo a Superintendente de Gestão de Custos, para casos médicos similares, o número de consultas realizadas, o volume de exames utilizados e o custo final tendem a ser significativamente inferiores no CPA Zona Norte em comparação com a rede credenciada utilizada anteriormente na região. E, no exemplo do atendimento a pacientes com asma, a adoção de um protocolo específico e o treinamento da equipe proporcionou resolução das crises agudas com menor tempo de uso de nebulizadores. Por isso, do ponto de vista dos componentes de resultado e processo este serviço médico apresenta maior qualidade em concomitância à redução dos custos assistências.

No contexto hospitalar não foram obtidos dados concretos que permitissem relacionar o controle dos custos de produção com a qualidade do atendimento segundo os quesitos da *AHRQ* mencionados acima. Para um dos respondentes o hospital da operadora gera economia de dez a quinze por cento, considerando-se os custos dos procedimentos e internações realizados e o preço médio dos mesmos na rede credenciada no mesmo segmento de planos. Sabendo-se que o HSH atende a apenas 3% da demanda por internações da Unimed Paulistana pode-se projetar uma economia menos expressiva, (0,3 a 0,45%), nas despesas geradas pelo total de internações. Num negócio de mais de uma centena de milhões por mês, e num setor onde as margens financeiras são pequenas ou muitas vezes negativas, este certamente não é um valor desprezível. Além disso, deve-se considerar que a capacidade de atendimento hospitalar da Unimed Paulistana deverá dobrar com a inauguração do segundo hospital na Zona Oeste nos próximos anos.

Apenas três dos respondentes da primeira rodada de entrevistas referem como benefício esperado a unificação dos sistemas de informação. Conforme apurado no Estudo de Campo, (Capítulo 7), os dados relativos ao atendimento de pacientes apresentam vieses por serem coletadas com vistas ao faturamento dos serviços e

materiais utilizados. Desta maneira, as informações de interesse epidemiológico, que poderiam balizar análises atuariais das grandes carteiras de beneficiários de planos ficam prejudicadas. No caso da Unimed Paulistana, os CPAs já iniciaram sua operação com o sistema adotado pela operadora, mas ainda não foi possível integrar as plataformas de TI do hospital.

A otimização da conveniência aos clientes alcançada nos recursos próprios, e em especial nos CPAs, foi citada pelo Superintendente Comercial como principal benefício a ser alcançado no longo prazo, superando em importância o controle dos custos assistências. Em sua opinião, o controle dos custos de produção é objetivo perseguido por todos concorrentes e um benefício concreto, quase imediato, através dos recursos próprios. No entanto, os serviços de saúde independentes das operadoras, tenderão reagir à tendência de verticalização, otimizando seus processos e minimizando seus custos, podendo inclusive chegar a ter preços finais mais competitivos. Neste sentido, a questão da conveniência dos serviços aos clientes pode ser um diferencial mais sustentável, dificilmente substituível e/ou imitável. Como já mencionado, o modelo de atendimento dos CPAs encontra-se ainda restrito às unidades das Zonas Norte e Leste. Com a implementação de outras oito na Região Metropolitana de São Paulo, espera-se atingir maior amplitude de clientes.

Em um segundo ciclo de entrevistas com Diretores e Gerentes tentou-se levantar algumas competências organizacionais relacionadas ao processo de verticalização da empresa, segundo metodologia de MILLS et al, (2002, 2003 a), sintetizada novamente abaixo:

Recurso(s) + Coordenação = Entrega(s)

Entrega + Coordenação = Competências Organizacionais

Competências + Coordenação = Competências Distintivas

Para facilitar o entendimento da “arquitetura competências” iniciou-se a descrição pelos recursos que propiciam a base para constituição destas competências. Estes recursos foram didaticamente categorizados segundo a classificação proposta pelos autores do modelo utilizado.

Recursos Tangíveis:

O primeiro recurso, que na verdade propicia todos os outros, é a disponibilidade de capital monetário para lastrear a operação da empresa e propiciar investimentos.

O faturamento bruto de uma operadora de planos de saúde está relacionado ao preço dos prêmios e tamanho da carteira. Com o aumento do número de beneficiários gera-se no curto prazo um período favorável ao fluxo de caixa, caso parte destes clientes enquadre-se nos períodos de carência permitidos por lei. Neste período a empresa pode cobrir déficits financeiros de suas operações, constituir reservas técnicas ou realizar investimentos de infra-estrutura, por exemplo. Com isso, é possível entender que o adequado direcionamento dos recursos financeiros propicia outros. Na verdade, estes recursos estarão mais disponíveis na medida em que a empresa obtiver sucesso no mercado e atrair clientes.

Um dos respondentes relatou que nos últimos anos foi adotada pela empresa uma consistente política de investimentos na área de TI privilegiando, quando possível, o desenvolvimento ou a customização *in house* de softwares. Como foi apontado no Estudo de Campo, (Capítulo 7), os recursos de TI são muito importantes na gestão de uma operadora com recursos próprios, na medida em que possibilita integrar informações sobre o estado de saúde e padrões de consumo dos beneficiários. Em uma das entrevistas deste levantamento, o sistema de mapeamento de rede e mensuração de utilização de recursos assistências da Unimed Paulistana chegou a ser mencionado como modelo por um respondente. Há dois anos, pesquisa da Revista “*Information Week*” do Brasil apontou a Confederação das Unimeds do Estado de SP como a empresa de serviços médicos mais inovadora na área de TI, superando hospitais renomados pela tecnologia, laboratórios de análises clínicas e outras operadoras. Dois softwares mencionados pela pesquisa foram customizados pela área de TI da Unimed Paulistana. *Fonte: Entrevistas, (2006), e Information Week, (Junho, 2004).*

Recurso essencial de qualquer organização, as pessoas têm merecido especial atenção. Com o crescimento da empresa ampliou-se força de trabalho em 460 colaboradores no segundo semestre de 2005, totalizando quase 1800 funcionários incluindo-se os terceirizados. Setenta por cento são mulheres, 25% com educação de terceiro grau e 57% com ensino médio completo.

Recursos de Conhecimentos Habilidades e Experiência:

Nesta categoria destaca-se a experiência médica acumulada entre outros por diretores, superintendentes e pelos membros do conselho administrativo da empresa. Estes recursos relacionam-se á cultura médica da empresa, recurso oportunamente comentado no grupo “Valores e Cultura”. Embora prescindida de uma perspectiva histórica da formação e desenvolvimento destes recursos, nota-se através das entrevistas, o enfoque médico das operações da empresa, se não uma peculiaridade, uma forte característica da Unimed Paulistana. Talvez, esta “experiência médica” possa vir a ser responsável pela efetividade e sustentabilidade dos serviços médicos próprios, ainda não consolidados pelo tempo como ressaltou um dos entrevistados. Outro tipo de experiência reconhecida internamente e, em aparentemente por alguns competidores, trata da já mencionada expertise da área de TI.

Recursos como Procedimentos e Processos:

Uma característica particular do Sistema Unimed trata do chamado intercâmbio, que neste caso, consiste no atendimento de beneficiários de outras cooperativas, singulares ou não. Conforme exposto anteriormente, esta modalidade corresponde a mais de um terço dos atendimentos realizados através da empresa, respondendo por cerca de 35% de seu faturamento. Os processos da área de intercâmbio são específicos das cooperativas, particularmente em seus procedimentos de faturamento. Na Unimed Paulistana foi criada uma diretoria específica para organizar o crescimento da modalidade e estudar a viabilidade de transferência de risco de alguns clientes de operadoras menores. Cerca de 300.000 beneficiários de outras Unimeds são atendidos pela cooperativa paulistana e suas despesas repassadas à operadora de origem. No entanto, apesar de não assumir o risco de gerenciar a assistência destes clientes através de pré-pagamento, a Unimed Paulistana corre o risco de não poder ser ressarcida de imediato caso a cooperativa de origem do paciente esteja em dificuldades financeiras. (E houver utilização intensa de serviços médicos na Região Metropolitana de São Paulo por seus clientes). Quinze mil beneficiários de outras Unimeds tiveram seus prêmios transferidos para a cooperativa paulista, havendo, em alguns casos, renegociação dos contratos e preços dos planos.

Um grupo de processos que mereceu destaque nos últimos anos sistematização consiste naqueles utilizados para medidas de promoção de saúde e qualidade de vida além da Medicina Preventiva. O Departamento relacionado a estas iniciativas está vinculado á Superintendência de Ações de Saúde, área criada para potencializar as

iniciativas de assistência integral ao beneficiário e otimizar o relacionamento com médicos cooperados através de programas de atualização e normatização do conhecimento.

Recursos como Valores e Cultura:

Um dos estudiosos da cultura organizacional define o tema como:

“um conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender como lidar com problemas de adaptação externa e integração interna e que funcionam suficientemente bem para serem considerados válidos e serem ensinados a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas” (SCHEIN, 1986)

Segundo este autor, a cultura de uma organização apresenta vários níveis: pressupostos básicos, tidos como certos e muitas vezes inconscientes; valores com maior nível de consciência e padrões manifestos, nem sempre decifráveis, mas facilmente observáveis. Sugere ainda que a chave para a compreensão e transformação da cultura de uma organização está em decifrar seus pressupostos básicos através da “triangulação” de entrevistas, observação e investigação conjunta.

Antes de se proceder à análise deste item, deve-se ponderar que o enfoque da cultura como recurso na classificação de MILLS et al, (2002, 2003a), é um tanto limitada, dada as bases antropológicas e sociológicas do conceito. Para FISHER in FLEURY, (1983), “a cultura é um tecido que permeia toda a organização”, funcionando como um mecanismo regulatório-adaptativo e permitindo a articulação entre indivíduos e organização através de um sistema de cogações compartilhadas.

Neste trabalho, acatou-se a classificação de MILLS et al, (2002, 2003a) com um objetivo prático: facilitar-se a aplicação do modelo de arquitetura de competências destes autores.

Ao se analisar a “Constituição” Unimed podem ser encontrados, no artigo referente ao sistema empresarial, princípios como dignidade, liberdade dos grupos integrantes e democracia como instituição. No artigo referente à prática do cooperativismo identificam-se princípios no campo da ética médica como relação direta médico-paciente, “independência do médico como juiz único”, e “inexploração do trabalho médico pelos fins lucrativos, políticos ou religiosos”. Outros como a

“colocação de medicina ética e de qualidade, acessível ao maior número de pessoas” e a “interação entre médicos, prestadores e tomadores destes serviços” podem ser encontrados no campo dos compromissos comunitários. Ainda no artigo sobre a prática do cooperativismo encontram-se os princípios de integração com os serviços públicos de saúde, da complementaridade contratual dos serviços públicos e da “suplementaridade” voluntária dos serviços públicos.

Sem querer pecar pela superficialidade na análise destes princípios, ressalta-se aqui a característica particular das Unimed entre as operadoras de planos de saúde: o fato de caracterizar-se como cooperativa de trabalho médico. Embora muitos defendam que as premissas básicas das cooperativas tenham sido deixadas de lado com a evolução desta modalidade de organização, esta postura parece ser uma maneira de garantir sobrevivência face à crescente competitividade nos diversos mercados. Apesar da literatura parcialmente defendida por este pesquisador, apontar o “empresariamento” do Sistema Unimed, esta entidade ainda desfruta de respeito por parte dos médicos e juntamente às autogestões, têm registrado os menores índices médios de reclamação de beneficiários na ANS, bem como um número estatisticamente menor de contenciosos que terminam em processos judiciais, (BRASIL, 2005 e SCHEFFER, 2006).

Na entrevistas a “filosofia Unimed” foi menos citada que o “enfoque médico da empresa”. Duas inferências podem ser elaboradas a partir deste fato pelos motivos já expostos. A primeira, consiste na relativa descaracterização da empresa como cooperativa, (PASCUCCI et. al. 2005), com relativa adaptação de sua cultura, mas com permanência dos princípios do cooperativismo nos níveis menos “observáveis”. Insto implicaria em convicções, em algumas atitudes menos voluntárias ou em decisões nos momentos mais críticos. Segundo FISHER *in* FLEURY, (1989), nestes momentos, emergem nas práticas e políticas, valores pouco visíveis na rotina organizacional.

Uma segunda inferência decorre da subcultura médica, provavelmente predominante na empresa. SCHEIN, (1986), pondera que a cultura organizacional é composta por um conjunto de subculturas. No contexto das tecnocracias profissionais como hospitais, ou no caso de uma cooperativa fundada e dirigida por médicos que ainda praticam a profissão, é natural supor-se que haja predomínio de suas culturas. Estas “culturas” podem ter evoluído e se adaptado ao mundo atual, divergindo em parte dos valores que a categoria médica impingiu na época da organização de seu movimento cooperativo. Estas mudanças têm sido nitidamente refletidas nas alterações

e atualizações nos regulamentos das cooperativas médicas. Até um período recente, era vedada a ocupação de um cargo de Diretoria ou por um profissional não médico. Em outras localidades, ainda se exige do médico a prática da “unimilitância”, que consiste no vínculo exclusivo do médico com a cooperativa, por entender-se que sua atividade como cooperado ficaria prejudicada se houvesse concomitante prática profissional a outras operadoras.

Deste modo, algumas práticas e políticas têm permitido evidenciar mudanças na cultura da empresa estudada, se observados os preceitos originais da época da fundação da primeira cooperativa médica no país. No entanto, estes subsídios não proporcionam uma compreensão completa do fenômeno, nem permitem atribuir relações causais entre ambiente e mudanças culturais. Voltando a SCHEIN, (1986), seria preciso recorrer a técnicas investigativas mais apuradas e investigar o histórico da empresa com análise de períodos críticos e do papel de seus fundadores.

Finalmente, foi possível apreender que a cultura desta empresa, analisada como recurso, teve um papel importante na definição das competências organizacionais, (como será discutido adiante), por determinar práticas e influenciar decisões. Pode-se considerar este recurso como sustentável no tempo pela relativa dificuldade demonstrada pela literatura em se modificar as culturas das organizações, (FISCHER *in* FLEURY, 1989).

Recursos com Potencial Dinâmico:

MILLS et al, (2003 b), classificam estes recursos como “características chave relacionadas ao reconhecimento de quando os recursos tornaram-se ultrapassados e que necessitam de alterações para possibilitar mudanças”.

Ao se comentar os recursos culturais, enumeram-se exemplos de mudanças no regulamento da empresa. Se este regulamento é composto por regras que refletem valores da empresa, a alteração das regras indica adaptação dos princípios. Deste modo, se os valores ou a cultura precisaram ser adaptados pode-se entender que existiu, por parte da empresa, o reconhecimento de que a cultura, como recurso, tornou-se ultrapassada.

Esta “percepção” da empresa ou de seus dirigentes, pode ser considerada um recurso com potencial dinâmico. As mudanças propostas na estrutura organizacional da empresa citada nas entrevistas também demonstram esta característica. Em última

análise, o organograma da empresa pode ser considerado um recurso na medida em que cria hierarquias, sistematiza setores e gera ou não vantagens competitivas.

Assim, a Unimed Paulistana apresenta recursos com potencial dinâmico mencionado por MILLS, apesar da difícil delimitação do mesmo.

Recursos de networking:

Por fim, apresentam-se os Recursos de Networking, classificados como grupos de interesse dentro da organização, redes de interação entre pessoal da empresa, fornecedores, clientes, e autoridades. Incluem-se nesta categoria reputação e marca da organização, MILLS et al, (2003 b).

Um dos recursos mais importantes das cooperativas médicas é talvez sua marca. Este recurso intangível, mas muito visível através da programação visual adotada pela Unimed, vem sendo administrado com efetividade ao longo de quase quarenta anos. Pela 12ª vez consecutiva, A Federação Nacional recebeu o prêmio *Top of Mind* na área da saúde. Segundo o levantamento, realizado pelo Instituto Datafolha, a marca Unimed foi a que mais cresceu na lembrança dos eleitores, comparando-se todos os segmentos pesquisados: 38%, contra 31% na edição anterior. Em sua primeira edição no Brasil, o prêmio “Superbrands” 2005 no setor saúde foi concedido à Unimed do Brasil. Ainda em 2005, Unimed Paulistana recebeu o prêmio “Top Hospitalar” como melhor operadora de saúde, que contempla categorias como investimento, expansão, empenho para conquista de selos de qualidade, equilíbrio e crescimento financeiro, qualidade de atendimento e gestão e inovação tecnológica. Em 2006, a Unimed Paulistana recebeu o prêmio “Top de Marketing” da Associação dos Dirigentes de Marketing e Venda no Brasil.

Por se tratar de um recurso coletivo do Sistema Unimed, a marca possibilita economias na realização de campanhas de propaganda e marketing. Em 2005, por exemplo, a Unimed Paulistana veiculou uma campanha na mídia em São Paulo que fora utilizada pela Unimed do Rio de Janeiro. Esta iniciativa consumiu 1% do faturamento bruto da cooperativa paulistana, valor considerado baixo na comparação com competidores, já que por parte da Unimed Paulistana, não houve custos para o desenvolvimento da campanha. Um dos respondentes referiu:

“Num setor com a concorrência acirrada, a melhor estratégia para crescer é expor a marca e atrair clientes de todas classes sociais ...”
(Entrevista realizada em Maio, 2006)

Os recursos mencionados anteriormente são combinados e mobilizados de forma a constituir entregas e, em última análise, competências organizacionais da Unimed Paulistana. A coordenação de algumas destas competências propiciarão outras, entendidas como diferenciadoras ou de nível superior, e que irão determinar a efetividade da estratégia da empresa. Cabe esclarecer que os recursos e competências descritos não são exclusivos da Unimed Paulistana. Como apontam MILLS et al, (2002), “é a maneira e a intensidade com que são mobilizados e articulados recursos e competências que determinam diferenças de desempenho entre empresas”. Neste sentido, tentou-se descrever na próxima sessão que competências têm sido implicadas no direcionamento estratégico da empresa e quais delas têm propiciado o processo da organização em estudo.

Competências de Suporte:

O crescimento da empresa a partir do final da década de noventa está relacionado inicialmente à captação de beneficiários da antiga Unimed São Paulo que encerrou suas atividades. Parte dos beneficiários daquela operadora optou por permanecer em uma cooperativa médica. A atratividade pelo modelo específico de operadora pode ser creditada aos recursos de cultura, com ênfase na prática médica, da e marca que, coordenados eficientemente pela área comercial da Unimed Paulista, produziram como entrega o crescimento da carteira de clientes. A competência de desenvolver e manter relações comerciais começa a se delinear neste período. Três iniciativas importantes contribuíram para ampliar o valor desta competência com o tempo. A primeira consistiu na implementação de uma estrutura física voltada a corretores que deveriam entender e explicar as vantagens do sistema de cooperativa médica a potenciais clientes. Mais recentemente, com reestruturação organizacional da empresa, a área comercial, até então subordinada à administrativa, assumiu status de superintendência, tendo sido contratado um profissional externo com experiência prévia no setor. Outras medidas consistiram em campanhas de incentivos e iniciativas de integração que, na percepção de um entrevistado, têm servido para aproximar os corretores da cooperativa. Inclui-se nesta competência as entregas proporcionadas pelo bom relacionamento com fornecedores de materiais de consumo, serviços ou de atendimento médico, (hospitais, laboratórios e clínicas credenciadas). O gerenciamento destas interações têm merecido atenção especial da alta direção da empresa, preocupada

em estabelecer relações com ganhos mútuos no longo prazo através do compartilhamento de informações e troca de experiências entre profissionais.

A competência em desenvolver e manter relações comerciais foi citada como de difícil imitação já que depende dos recursos cultura, com ênfase médica, e “marca”. O primeiro pode ser entendido como peculiar a uma organização e, na percepção de um respondente, alguns concorrentes já se “descaracterizaram de sua origem médica”. O segundo recurso foi valorado pelos entrevistados como superior à concorrência, seja pela reputação da empresa ou pela grande penetração do nome Unimed, sistema cooperativo presente em cerca de 80% dos municípios brasileiros.

Com o aumento acelerado do número de beneficiários do número de beneficiários a partir do ano 2000 foi possível estabelecer reservas financeiras que puderam ser parcialmente aplicadas em melhorias nos sistemas de informação da Unimed Paulistana.

Por sua vez, os recursos de TI adequadamente mobilizados pelas pessoas da área propiciaram a formação de uma base de dados mais abrangente de seus beneficiários, (entrega), contribuindo para formar algumas competências da cooperativa: utilizar *business intelligence*, operar serviços médicos, desenvolver e manter relações comerciais.

Para GILAD & GILAD, (1986), o termo *business intelligence*, (*BI*), pode ser entendido como um processo de análise sistemático e organizado que a empresa pratica para disseminar informações de fontes internas e externas que sejam significativas ao seu negócio. Na definição de GHOSHAL & KIM, (1986), BI implica em informações e conhecimento relevantes que descrevem o ambiente de negócios, a organização e sua situação em relação aos mercados, clientes, competidores e aspectos econômicos.

Na literatura existe consenso de que o BI funciona como um grupo de tecnologias e processos que propiciam a coleta e análise de dados e informações para apoiar as tomadas de decisão. Na Unimed, o mapeamento da rede credenciada, a quantificação, qualificação e caracterização da distribuição geográfica da demanda de seus beneficiários forneceram critérios para priorizar a abertura dos primeiros CPAs nas Zonas Norte e Leste. O mesmo mapeamento indicou a região do Paraíso como mais adequada para instalação de uma unidade de Medicina Preventiva e controle de casos crônicos. Nesta região, concentra-se parte expressiva dos beneficiários acima dos 65 anos, além de tornar fácil o acesso aos médicos cooperados que participam dos cursos de atualizações. Da mesma forma, o segundo hospital está sendo construído na região

da Barra Funda devido ao déficit relativo de serviços hospitalares credenciados na zona oeste. A competência da Unimed Paulistana em utilizar BI é proporcionada pelo desenvolvimento dos profissionais do setor, investimentos em softwares e intercâmbio de experiências com outras cooperativa e principalmente através da federação estadual. Estes fatores têm o potencial de tornar esta competência difícil de imitar e sustentável no médio prazo, fato que já ocorre na percepção da maior parte dos entrevistados da cooperativa.

A competência operar serviços médicos têm sido embasada principalmente em três recursos: recursos de TI e por conseqüência na utilização de BI, nas pessoas treinadas e na cultura com enfoque médico da cooperativa. A competência na utilização de BI propiciou a elaboração de programas de promoção de saúde e prevenção de agravos customizados às necessidades dos contratantes de planos empresariais que contam, por exemplo, com relatórios detalhados do estado de saúde de seus funcionários, padrão de uso de serviços médicos, e estimativa de impacto de iniciativas como programas de cessação de tabagismo, ginástica laboral, etc.

Para atender às demandas de crescimento a Unimed paulistana têm ampliado seu quadro de pessoal, contratado principalmente para operar os serviços médicos próprios, (Hospital, CPAs, Centro de Diagnóstico e de Medicina Preventiva). O treinamento e desenvolvimento técnico dos profissionais de atendimento ao cliente, tradicionalmente realizado por terceiros, passou a contar com políticas de seleção das demandas internas, avaliação dos fornecedores de T&D e maior segmentação dos programas oferecidos. Os treinamentos de funcionários das áreas de assistência médica são realizados por colaboradores da própria Unimed de forma majoritária, avalia-se a necessidade de um programa de reciclagem a ser contratado no mercado. Segundo entrevistado da área de administração de pessoas, parte do orçamento de dois milhões de reais destinados a um Programa de Educação Continuada e Desenvolvimento Gerencial Corporativo deverá, em 2007, contemplar medidas para aprimorar a qualidade no atendimento aos clientes. Segundo o mesmo, o desenvolvimento de colaboradores do serviço hospitalar ainda se encontra aquém das práticas do melhor concorrente, mas esta lacuna deve diminuir já que a operação hospitalar será enfatizada com a inauguração da segunda unidade.

Pode-se apreender neste estudo que a cooperativa está um pouco aquém da concorrência na competência operar serviços médicos. Como comparação, a cooperativa de Belo Horizonte alcançou com apenas dois anos de atividade do hospital

próprio o nível máximo na acreditação de qualidade fornecida pela ONA, (Organização Nacional de Acreditação), e a certificação ISO 9001/2000. Para um dos respondentes da cooperativa paulistana, o foco no atendimento da própria carteira de beneficiários reduz a atratividade de se tentar implementar certificações, o que atrasou a adoção de um programa específico. No entanto, alguns competidores já adotam, há alguns anos, certificações de qualidade de processos, resultados e outros. Entre eles estão: Hospital Alvorada da Rede Medial, (certificação do CQH – APM/CREMESP); Hospital Itacolomy da Rede Amesp, (ISO 9001/9002 -1996/2000); Hospital Itatiaia da Rede Amesp, (ISO 9001/9002-1997, 14001-1999 e acreditação ONA, Nível II); Hospital Santa Cecília da Rede Intermédica (ISO 14001-1999 e ONA nível I); Hospital Paulo Sacramento da Rede Intermédica (certificação do CQH – APM/CREMESP).

A ênfase médica identificada na cultura da Unimed Paulistana poderá contribuir para diminuir esta lacuna. Conforme exposto em algumas entrevistas, pela formação e trajetória dos dirigentes da empresa torna-se natural a vocação na prestação de serviços médicos como hospital, CPAs e Centros de Diagnóstico, fato ainda recente na história da empresa. A criação de uma superintendência de “recursos assistenciais” certamente foi um passo neste sentido.

Através do intercâmbio de experiências no sistema cooperativo e particularmente com a Seguradora Unimed, foram adquiridos conhecimentos de atuária que permitiram aprimorar o BI. Este tipo de iniciativa, juntamente à contratação de novos profissionais tem propiciado melhorias nos processos de análises de adesões de novos beneficiários e a identificar modalidades e segmentos de planos com menor sinistralidade. Além disso, foi criado um departamento voltado de “diagnóstico empresarial” com a finalidade de mapear riscos ocupacionais e identificar perfil de morbidade dos funcionários de contratantes de planos corporativos. Estas últimas iniciativas são vendidas opcionalmente com os planos empresariais básicos e dependem do bom relacionamento comercial com o cliente. Deste modo, a competência utilizar BI, combinada à competência desenvolver e manter relações comerciais propicia a competência de identificação de riscos. Dois entrevistados referem que esta competência é comparável ou superior às dos melhores concorrentes.

O BI também tem sido utilizado avaliar para monitorar os resultados da prática médica dos cooperados. Nos EUA e Reino Unido, estas medidas são amplamente utilizadas para orientar a remuneração e eventualmente para direcionar mais clientes a médicos com melhores resultados comprovados, no movimento chamado de *Pay for*

Performance, ou *P4P*, (AHA, 2003; ROWE, 2005; PORTER & TEISBERG, 2006). Algumas operadoras de planos vêm desenvolvendo modelos de *P4P* no mercado brasileiro com ênfase na remuneração variável dos médicos credenciados e, há dois anos, a própria Unimed Paulistana já desenvolveu uma iniciativa neste sentido. No entanto, os médicos cooperados da Unimed, “sócios” da organização, decidiram em assembléia por não utilizar variações de remuneração que tomassem como base parâmetros médios como, por exemplo, o número de exames pedidos para paciente com determinado tipo de moléstia, padronizado pela cronicidade e faixa etária. Em que pese não ser este um quesito eminentemente técnico para avaliação do desempenho, cabe ressaltar que a remuneração dos cooperados já é variável de forma geral. Isso porque os honorários médicos são baseados em múltiplos chamados CHs, (Coeficientes de Honorário), e este CH varia de acordo com o desempenho financeiro da cooperativa.

Segundo alguns entrevistados, a cooperativa vem utilizando outra abordagem, na tentativa de disciplinar a heterogeneidade ainda encontrada na prática médica atual. Uma primeira linha consistiu na criação de uma coordenadoria para normatização e gestão do cooperado, composta pelos próprios médicos da Unimed, tornando o processo participativo. Uma segunda linha consiste nas iniciativas de atualização e integração dos médicos cooperados, sistematizadas através de outra coordenadoria. Para a gerente entrevistada estas atividades ainda contam com participação limitada dos cooperados, que tendem a não valorizar a importância de seu envolvimento com questões referidas como “burocráticas”.

Uma iniciativa da Coordenadoria de Integração e Atualização Médica pretende alterar este panorama. A partir deste ano vai oferecido aos médicos da Unimed um curso em “Gestão do Cooperativismo”, que pretende abordar as peculiaridades, os aspectos jurídicos e a importância econômica das cooperativas médicas, entre outros temas.

Por outro lado, no Hospital Santa Helena, (HSH), algumas iniciativas de integração e conscientização têm alcançado maior repercussão. A reforma do Centro de Estudos incentivou a realização de palestras e a reciclagem de médicos cooperados que internam pacientes no hospital. Alguns deles, com volume mais significativo de internações no HSH passaram a contar com relatórios com a caracterização e quantificação das internações trimestrais, o que tem sido valorizado pelos médicos segundo gestor entrevistado. Talvez, por estar mais próximo da realidade da operação do hospital que da operadora de planos, o cooperado sinta-se mais atraído a participar

de iniciativas promovidas na primeira instituição. Pode-se dizer que a Unimed Paulistana apresenta competência em relacionar-se com médicos. Nas entrevistas foi ponderado que esta competência está em paridade com os melhores competidores. Esta perspectiva não pode ser adotada se for considerado o recurso cultura da Unimed Paulistana. Este recurso inclui o regulamento da organização, constituindo políticas derivadas de valores que direcionam e regulam as práticas rotineiras. Dentre os valores, observa-se a “democracia” e dentre as rotinas estão previstas assembléias para participação coletiva. Como referiu um entrevistado:

“... a integração com cooperados é menor do que gostaríamos. Muitos médicos cooperados encaram a Unimed como mais uma operadora, e não se interessam em comparecer nas assembléias, ainda que sejam co-responsáveis pelo desempenho da empresa.” (Entrevista realizada em Maio, 2006)

Faz-se necessário apontar que esta competência esteja aquém do potencial esperado em uma cooperativa, como demonstram iniciativas pontuais de outras Unimed. Há oito anos, a Unimed do Rio de Janeiro implementou um clube de vantagens para os cooperados, com descontos e promoções em cerca de 163 estabelecimentos, extensível a seus beneficiários, que tem servido para aproximação dos cooperados e suas famílias à organização. Também é disponibilizado atendimento telefônico exclusivo para o médico com informações financeiras, volume e caracterização de sua produção, guia de estabelecimentos credenciados, etc.

Embora limitada, a adesão dos cooperados da Unimed Paulistana aos programas de reciclagem e integração tem propiciado sinergias entre suas atividades nos consultórios com os programas de promoção e prevenção de saúde voltados aos beneficiários. Muitos médicos vêm utilizando as cartilhas elaboradas pela operadora para auxiliar seus pacientes no entendimento de suas doenças, bem como as maneiras de controlá-las e ou preveni-las. Os pacientes por sua vez se sentem estimulados a freqüentar as palestras e programas promovidos no Centro de Medicina Preventiva da Unimed e usualmente recomendam estes serviços a outros cooperados. Segundo a gerente entrevistada a procura tem sido crescente, principalmente por beneficiários da terceira idade, nos quais a prevalência de doenças crônicas controláveis é maior.

Como a cooperativa é competente na utilização de BI existe boas chances dos médicos poderem utilizar dados agrupados das iniciativas de prevenção e promoção de saúde como argumento para que pacientes participem dos programas respectivos, bem

como para acompanhar a evolução nestes programas. Recentemente, foi disponibilizado no portal de internet um relatório eletrônico padrão sobre a evolução dos pacientes encaminhados aos programas de promoção de saúde e prevenção de agravos.

Além disso, ocorre estímulo à participação dos beneficiários nos programas de promoção e prevenção, quando são identificados fatores hereditários ou outros predisponentes a agravos na saúde. Este serviço está disponível a partir do preenchimento das fichas com os dados de saúde na contratação do plano de saúde, sem exigência do cumprimento de carências para a participação do beneficiário.

A competência em promover saúde e prevenir agravos pode ser equiparada às melhores práticas ou ser eventualmente superior à concorrência, já que os entrevistados referem desconhecer os detalhes dos programas de prevenção e promoção de saúde dos competidores.

Competências Distintivas ou Meta-competências

Num segundo nível, modelo de arquitetura utilizado emprega o termo de competência distinta, representando o conceito introduzido por SELZNICK em 1957, *apud* MILLS et al, (2002, 2003 a). Para estes autores, uma competência distintiva é nítida e valorizada pelos clientes.

Em alguns setores como o da assistência à saúde a multiplicidade de *stakeholders* muitas vezes faz com que as organizações tenham mais de um cliente e, nesta lógica, uma competência valorizada por um grupo poderia não necessariamente agregar a outro. Os hospitais, quando atendem o beneficiário de plano como cliente final, mobilizam outros grupos de interesse como fornecedores, operadora saúde e médicos. Estes últimos são também nitidamente tratados como clientes já que através de sua atuação liberal geram demanda por internações, cirurgias, etc.

Por este motivo, escolheu-se utilizar uma definição de meta-competência, menos óbvias a competidores e clientes, mas fundamentais para apoiar competências do nível mais alto, LIEDTKA, (1999), eventualmente competências essenciais.

Em conjunto, as competências básicas em identificar riscos, em operar serviços médicos, em se relacionar com médicos configuram a meta-competência de gerir a saúde dos clientes.

Em 2000, a Unimed Paulistana inaugurou um Centro de Referência de Medicina Preventiva para produzir estudos e análises voltados para a Promoção da Saúde Integral e executar ações voltadas a seus clientes. Entre elas destacam-se as campanhas de vacinação, para detecção precoce e controle de doenças crônico-

degenerativas, palestras, cursos e programas sobre temas de interesse geral, ligados à saúde e à qualidade de vida. Para os cooperados, o Centro de Referência funciona como uma ferramenta de reciclagem e, segundo material de divulgação da cooperativa:

“... serve para nortear a forma como a Unimed Paulistana promove a saúde e trata a doença. Tem o objetivo de levar os clientes informações sobre como cuidar da saúde, agregar qualidade de vida através do estímulo a mudanças na alimentação e outros hábitos, além de orientar e dar ferramentas para o controle de diabetes, hipertensão, obesidade e alterações cardiovasculares.”

Através das entrevistas, apurou-se que as iniciativas neste sentido iniciaram-se pelo menos cinco anos antes da inauguração do Centro, através das tentativas de “mapear” o estado de saúde da carteira de clientes e do estudo de propostas para implementação de um programa piloto de medicina preventiva. Posteriormente, este programa veio integrar uma lista de oito iniciativas que a ANS considerou para elaborar um modelo padrão de “Programa de Prevenção de Saúde e Promoção de Doenças” para servir de referência ao setor.

Conforme já comentado, as iniciativas de prevenção e promoção de saúde acontecem atualmente em todos os serviços médicos próprios da Unimed Paulistana, com o suporte de central telefônica, portal de internet dedicado e com crescente integração com a prática médica em consultório dos cooperados. Nesta lógica, são muito importantes para o sucesso destas iniciativas as competências em operar serviços médicos e em utilizar BI.

A meta-competência em gerenciar a saúde dos beneficiários pode ser equiparada às melhores práticas ou ser eventualmente superior à concorrência, já que os entrevistados referem desconhecer os detalhes dos programas de prevenção e promoção de saúde dos competidores, bem como a qualidade das informações epidemiológicas disponíveis em seus sistemas. Como mencionado, os resultados positivos na aceitação dos CPAs e a crescente participação dos beneficiários no programas de prevenção e promoção de saúde demonstram que esta meta-competência é percebida pelos clientes.

Um dos benefícios alcançados pelo processo de verticalização da Unimed Paulistana foi o controle relativo dos custos de produção de serviços. Segundo modelo utilizado para análise do caso, este benefício pode ser entendido como uma meta-competência oriunda da coordenação das seguintes competências: operar serviços médicos, relacionar-se com médicos e desenvolver e manter relacionamentos comerciais

já que tanto profissionais contratados quanto médicos cooperados atuam nos recursos próprios da operadora.

Existe tendência de ampliação da importância relativa dos CPAs através da inauguração de novas unidades, bem como dos leitos de internação próprios com o novo hospital. Não se pode assumir que as economias referidas mantenham-se em proporção até porque os novos serviços atenderão clientela de outras regiões, com perfis distintos, e que provavelmente necessitam de combinações diferentes de estruturas assistenciais.

No entanto, há perspectivas concretas de melhoria na integração com os cooperados, pela competência relacionar-se com médicos, e nas relações com a rede credenciada, pela competência desenvolver e manter relacionamentos comerciais. Algumas medidas têm sido implementadas neste sentido, como o contrato com um laboratório parceiro para o envio preferencial das amostras para análises clínicas, caracterizando um arranjo vertical por contrato. Outra iniciativa foi o acordo com um hospital na zona sul do município de São Paulo em que foi negociada a adoção de protocolos clínicos da Unimed Paulistana e preço competitivo para atender um grande volume de beneficiários naquela região.

A meta-competência em controlar custos e a qualidade da assistência médica foi considerada um pouco aquém dos concorrentes mencionando-se práticas pouco éticas de concorrentes como meio para reduzir despesas dos beneficiários, com impactos na sinistralidade. Estas práticas acabam por comprometer a qualidade do atendimento, além de diminuir a autonomia de profissionais médicos e comprometer seus relacionamentos com as operadoras. Dois dos entrevistados atentaram para o fato de que o grau de verticalização da Unimed Paulistana ainda é reduzido, principalmente em se tratando de internações, com apenas 3% realizadas no hospital próprio.

Com previsão de investimentos de cerca de treze milhões de reais, pretende-se triplicar o número de unidades de CPAs até 2008. Se a aceitação do público se mantiver, a operadora pode colher um importante benefício: a fidelização de clientes através de serviços médicos próprios.

Analisando-se mais atentamente este provável fenômeno, podem ser identificadas algumas implicações competitivas da estratégia de verticalização da Unimed. Ao investir em unidades que agregam pronto-atendimento, ações de promoção e prevenção de saúde, realização de exames de imagem e coleta de amostras para análises clínicas, é oferecida conveniência. Esta conveniência, reconhecida pelos clientes, não é encontrada de forma disseminada na concorrência e, pelo volume de

capital aplicado, seria de difícil imitação em um período menor de cinco anos, segundo os entrevistados.

Além disso, através das medidas que impactarão nas competências em relacionar com médicos e em desenvolver e manter relacionamentos comerciais, podem ser alcançados níveis de desempenho ainda melhores no controle de custos e no oferecimento de qualidade dos serviços próprios.

Neste sentido, a implementação de todos CPAs previstos contribuirá com as meta-competências em gerir a saúde dos beneficiários e em controlar custos e a qualidade da assistência médica. Se a cooperativa coordenar estas competências de maneira adequada e se a aceitação do público se mantiver, a operadora pode alcançar dois importantes benefícios com a verticalização: a fidelização de clientes através de serviços médicos próprios e o conseqüente controle de custos e qualidade.

Finalmente, considerando-se o alcance destes benefícios e o inter-relacionamento de competências descrito acima, pode-se vislumbrar que, neste caso, poderia ser configurada a competência essencial da Unimed Paulistana: Fidelizar clientes através dos serviços médicos próprios. Esta competência seria sustentável, na medida em que os clientes seriam atraídos pela qualidade e conveniência dos serviços médicos próprios, independentemente de proporcionar com isso melhor controle dos custos para a cooperativa. Seria também difícil de imitar porque a efetividade desta competência depende de alguns recursos mobilizados de forma diferenciada e da competências difíceis de se imitar. E, pela satisfação dos clientes funcionaria como importantes ferramenta comercial, proporcionando crescimento no mercado.

Deve-se lembrar que esta competência essencial seria hipotética, cabendo à Unimed Paulistana continuar com os esforços para consolidar de suas meta-competências, afim de proporcionar bases ao seu desenvolvimento..

O raciocínio exposto nesta sessão pode ser visualizado na figura a seguir:

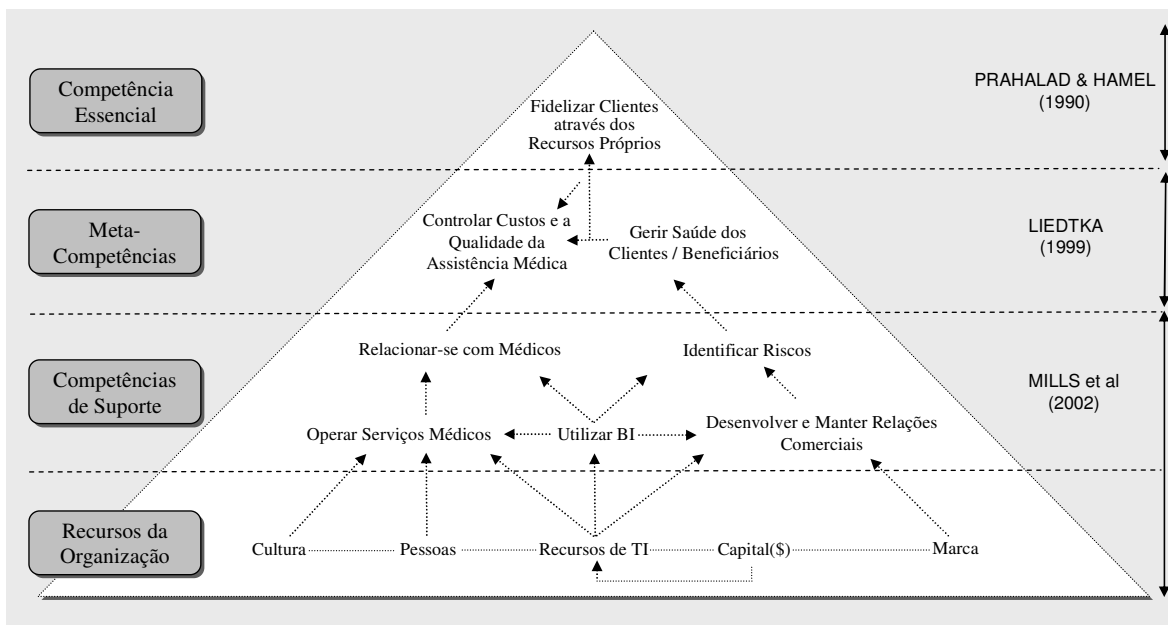


FIGURA 13: COMPETÊNCIAS ORGANIZACIONAIS RELACIONADAS Á ESTRATÉGIA E À VERTICALIZAÇÃO DA COOPERATIVA.

Fonte: Do autor, a partir do Estudo de Caso da Unimed Paulistana.

8.3 Conclusão

A análise deste caso permite evidenciar recursos e competências organizacionais relacionados ao alcance dos objetivos estratégicos da organização e à verticalização da cooperativa.

O principal motivador deste processo consistiu-se na elevação sistemática dos custos e na heterogeneidade da qualidade do atendimento médico. Confirma-se, até o momento na cooperativa, o pressuposto da literatura de que a verticalização permite melhor controle dos meios de produção, como demonstraram os argumentos expostos no item anterior. Os benefícios alcançados, referidos nas entrevistas dos Estudos de Caso e de Campo, também corroboraram neste sentido. (Vide Quadro 10, pg. 97 e Quadro 9, Anexo 15, pg. 150).

Este caso também evidenciou que a verticalização da empresa consiste num objetivo estratégico da cooperativa e, portanto, numa série de ações planejadas e concatenadas. Assim, algumas competências básicas como operar serviços médicos, utilizar BI e relacionar-se com médicos foram deliberadamente desenvolvidas neste sentido, através do oferecimento dos recursos necessários e sua coordenação adequada.

Alguns fatores são também dignos de nota. O primeiro deles e talvez mais importante trata do “recurso” cultura. Relacionados ao histórico e às características desta modalidade de operadora, os valores éticos e a ênfase na prática médica mostraram-se determinantes no sucesso recente da cooperativa. Outro atributo relacionado a este sucesso consiste na marca, agregada nesta categoria segundo a classificação adotada. Estes três fatores, apesar de não exclusivos, são conforme referido muito difíceis de imitar. E, uma segunda dificuldade para os concorrentes consiste na forma como estes recursos têm sido mobilizados em competências de suporte e meta-competências na Unimed Paulistana. Desta forma, pareceram ser grandes as chances de que a empresa desenvolva a competência de fidelizar os clientes através dos serviços médicos próprios antes dos competidores, conforme comentado na sessão anterior.

Em que se pese o fato da arquitetura de competências de MILLS et al, (2002), ter sido desenvolvida e testada num contexto industrial de manufatura, este modelo serviu para apreensão de parte da realidade entendida por este pesquisador. No entanto, esta realidade é limitada pela metodologia de levantamento de dados adotada, influências externas ao caso e vieses do próprio observador. Por isso deve ser tomada como um desenho representativo ao invés de uma fotografia fidedigna do fenômeno. Estes dois últimos jargões denotam também o limite temporal desta observação que, ao ser realizada de modo transversal, não permitiu entender todas as nuances da dinâmica do processo de verticalização da Unimed Paulistana ou do desenvolvimento das competências a ele relacionadas.

9. DISCUSSÃO FINAL

Este capítulo pretende discutir os achados dos dois estudos empreendidos nesta pesquisa, à luz de alguns conceitos e posicionamentos da literatura sobre integração vertical e competências organizacionais.

Com relação a este primeiro campo teórico, torna-se necessário mencionar a importância do contexto em que se insere Medicina Suplementar, exposto no Capítulo 5. Em paralelo à tendência mundial, a assistência médica encontra-se sob crescentes pressões de custo, nos âmbitos público e privado. Esta característica refletiu-se como motivadora dos movimentos de verticalização das empresas do Estudo de Campo, bem como da Cooperativa do estudo de Caso. Com o mesmo grau de importância cita-se em ambos os estudos a possibilidade de manter a qualidade do atendimento de seus clientes, frente à heterogeneidade das práticas e deficiências da estrutura organizativa das instituições de assistência à e do profissional médico.

Por estes e outros motivos expostos, o processo de verticalização de algumas destas organizações parece constituir-se num movimento reativo, já que muitos deles iniciaram-se ou se intensificaram com o agravamento das condições do mercado, o que encontra respaldo no trabalho de YOUNG II & RAJAGOLAPAN, (1995). Para estes autores, o propósito principal da integração entre hospitais ou entre hospitais e operadoras nos EUA consistia em assegurar a segurança coletiva para propiciar a sobrevivência destas organizações.

Os benefícios pretendidos com a verticalização das empresas estudadas também tratam do controle dos custos e da garantia da qualidade dos serviços médicos, oferecidos através de rede ou recursos próprios. Por outro lado, os benefícios de fortalecimento da posição competitiva e outros relacionados como a criação de barreira de entrada, não foram mencionados como pretendidos apesar de terem sido alcançados em algum grau conforme evidenciou o Estudo de Campo. (Vide Quadro 9, Anexo 15, pg. 150). Estes “achados” contribuem para o entendimento desta verticalização como mecanismo de defesa de modo genérico. Em alguns casos devem ser consideradas diferenças temporais entre o início dos processos de verticalização nas várias empresas, bem como as estratégias diferenciadoras adotada pelos pioneiros do processo. Atualmente, no entanto, o movimento de integração tendeu a se assemelhar entre as

empresas estudadas, diminuindo as vantagens relativas das empresas líderes, algumas delas pioneiras em suas estratégias voltadas para o grande volume ou para serviços médicos complexos. (Vide item 4.5 deste trabalho).

A concretização dos principais benefícios pretendidos mencionados acima em benefícios alcançados faz supor que as estratégias adotadas pelas organizações do Estudo de Campo e do Estudo de Caso têm sido efetivas neste sentido. Mas somente neste segundo estudo foi possível compreender as reais dimensões desta suposição.

Uma característica comum das estratégias de verticalização das dez empresas estudadas refere-se à forma ou ao vínculo de propriedade exercido. No enfoque weberiano das burocracias hierárquicas, (com propriedade integral), e respectiva coordenação direta dos funcionários, obtêm-se maior controle dos meios de produção.

Na perspectiva da *TCET* os riscos e custos inerentes às relações contratuais de longo prazo determinam a integração das cadeias produtivas. WILLIAMSON, (1979), e outros autores da *TCET* apontaram que organizações verticalizadas através de propriedade dos meios produtivos teriam vantagens sobre firmas independentes quando houvesse margem de lucro considerável na cadeia produtiva; o que levaria estas empresas a um dispender muitos recursos para barganhar. No entanto, sabe-se que as transações entre prestadores de serviços de saúde e operadoras de planos não envolvem margens elevadas. Esta característica corrobora com o fato da diminuição dos custos de transação ter sido o item menos considerado como benefício alcançado na percepção dos gestores das empresas do Estudo de Caso. Além disso, referiu-se nas entrevistas que as estruturas responsáveis por administrar as relações e contratos no mercado como as áreas comerciais e de auditoria médica das operadoras não foram significativamente alteradas com a introdução dos serviços médicos próprios.

Como as estratégias de verticalização têm se tornado cada vez mais homogêneas e generalizadas pode-se esperar duas implicações. A primeira consiste na reação do mercado, mencionada por parte dos entrevistados, e que remete ao caráter cíclico dos movimentos de verticalização, (CHANDLER, 1990; STUCKEY & WHITE, 1993; MPOYI, 1997, 2000 *apud* BULLINGTON & MPOYI, 2004).

A segunda implicação decorre do modo com que empresas geram e sustentam vantagens competitivas, (TEECE, 1997). Como sugeriram os autores da *RBV* a essência da estratégia não consiste apenas no posicionamento dos competidores, dos produtos ou

da estrutura do mercado, mas também do aproveitamento dos recursos da organização e do desenvolvimento de suas capacidades. Este enfoque foi proporcionado pela aplicação do modelo de arquitetura de competências de MILLS et al, (2002, 2003 b) no Estudo de Caso da Unimed Paulistana.

Esta etapa da pesquisa permitiu verificar o relacionamento dos objetivos estratégicos da cooperativa, dentre os quais se inclui a verticalização, aos recursos e competências organizacionais. Proporcionou também o entendimento da mudança que se delineia no papel das operadoras de planos de saúde. Com os incentivos da regulação aos programas de promoção e prevenção de saúde propagaram-se iniciativas entre as grandes operadoras. (Resolução Normativa 94 da ANS entre outras medidas). Estas iniciativas eram restritas pela baixa fidelização dos clientes aos planos e pelo impacto de longo prazo destes programas; o que inviabilizava suas implementações de forma generalizada.

Na cooperativa estudada, um dos componentes que permitiu a configuração da competência em gerir da saúde dos beneficiários foi justamente a implementação dos serviços de saúde próprios, através da disponibilização de uma série programas não oferecidos em serviços credenciados. (Vide itens 8.2 e 8.3). Neste sentido a atuação da cooperativa tem extrapolado as intervenções centradas no tratamento de agravos à saúde, para o enfoque da assistência médica integral.

Esta percepção de mudança de abordagem na assistência médica encontra ecoa as observações de PORTER & TEISBERG, (2006), autores que adaptaram o modelo de cadeia de valor para o setor de saúde. Apesar de se tratar de um modelo derivado de conceitos da escola estratégica do posicionamento, contempla atividades e recursos descritos pela análise da arquitetura de competências realizada no Estudo de Caso deste trabalho como pode ser visualizado abaixo:



FIGURA 14: CADEIA DE VALOR NA ABORDAGEM DA ASSISTÊNCIA MÉDICA INTEGRAL

Fonte: PORTER & TEISBERG 2006

Nota-se na figura acima a concatenação de um espectro de atividades médicas para a abordagem plena da saúde dos beneficiários das empresas de planos médicos. Os autores reiteram que a implementação integral deste modelo requer uma série de esforços para modificar estruturas e comportamentos atuais e implica em ações e custos mais imediatos. Por outro lado, contribui no longo prazo para agregar valor à saúde dos indivíduos, diminuindo os custos globais com assistência médica; (lógica da prevenção, acompanhamento e minimização dos riscos) Nota-se também, entre os fatores que proporcionam os resultados do modelo, o desenvolvimento de conhecimento, informação, mensuração e relacionamento, não por acaso coincidentes com algumas competências apontadas na Unimed Paulistana no Estudo de Caso. Assim pode-se entender que os recursos e competências levantados na cooperativa e, em alguns casos relacionados à verticalização, podem contribuir no que os autores mencionam como melhores resultados de saúde por custo global.

A falta de evidências na literatura que demonstrassem resultados concretos da verticalização da assistência médica brasileira tornou a condução deste trabalho um tanto árdua, mas gratificante. Acredita-se que com ele possa-se ter contribuído ao entendimento de alguns aspectos deste movimento de verticalização na Medicina Suplementar que, considerando-se as contingências atuais, tenderá a experimentar um

novo dilema. A questão que se delineia tratará não mais da decisão de se verticalizar ou não, mas sim, de como fazê-lo. A adoção de alianças estratégicas e de outros modelos de integração sem vínculo de propriedade pode se mostrar como alternativa viável proporcionando a diferenciação entre competidores ou, no longo prazo, sua sobrevivência. Considerando-se que a imobilização de capital em serviços médicos próprios sob a forma de hierarquias determinaria uma desvantagem importante numa eventual inversão ou mudança no ciclo de verticalização, a implementação precoce de outros arranjos produtivos poderia ser determinante ao sucesso das organizações.

Este seria um campo profícuo a novas pesquisas e, na compreensão deste pesquisador, uma questão de vital importância para os gestores. Por este motivo, o entendimento das capacidades das empresas poderá servir para orientar a alocação e coordenação de recursos para o desenvolvimento e manutenção de competências relacionadas às estratégias de verticalização.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMGE, (Associação Brasileira das Medicinas de Grupo), **Informe de Imprensa**, Setembro 2005. Acesso em Novembro de 2005. Disponível em:
www.abramge.org.br/noticias_indice .

AFUAH, A.; Dynamic Boundaries of the Firm: are the firms better off being vertically integrated in the face of a technological change? **Academy of Management Journal**, p.1211, 44, 6, Dec 2001.

AHA, (American Hospital Association), Paying for Performance: Creating Incentives for Improvement, **Trend Watch Report**, 5, 3, Sept. 2003.

ANDREAZZI, M., F., S., “**Formas de Remuneração de Serviços de Saúde**”, Texto para Discussão N° 1006, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 2003. Acesso em Junho, 2006. Disponível em:
www.ipea.gov.br/economiasaude/adm/arquivo/sala/remuneracao_servicos.pdf

ARGYRES, N.; Evidence on the Role of Firm Capabilities in Vertical Integration Decisions, **Strategic Management Journal**, p129, 17, 2, Feb.1996.

BALAKRISHNAN, S., WERNERFELT, B., Technical Change, Competition and Vertical Integration, **Strategic Management Journal**, p347, 7, 4,1986.

BARNEY, J., Firm Resource and Competitive Advantage, **Journal of Management**, pg.97, 17, 1991.

BAZZOLI, G. J., SHORTELL, S. M., DUBBS, N., CHAN, C. and KRALOVEC, P., “A Taxonomy of Health Networks and Systems: Bringing Order Out of Chaos”, **Health Services Research**, 33, 6, February, 1999

BLOCH, R., FALK, D., Antitrust, Competition, and Health Care Reform, **Health Affairs**, pg. 206, 10, 1, Spring 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde; ANS, (Agência nacional de Saúde Suplementar), “**Duas Faces da Mesma Moeda: Microrregulação e Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar**”, Rio de Janeiro, 2005.

_____, “**Informações Sobre Beneficiários, Operadoras e Planos – Dados do Setor**”, Março, 2006. Disponível em: www.ans.gov.br/caderno_informaca_03_2006.pdf
Acesso em Junho, 2006.

BECKER, G.V., **Trajetória de Formação e Desenvolvimento de Competências Organizacionais da Muri Linhas de Montagem**, Tese de doutoramento apresentada ao Depto. de Administração da FEA-USP, Novembro, 2004.

BEGUN, J., CLEMENT, J., WAN, T., WANG, B.B., Managed Care, Vertical Integration Strategies and Hospital Performance, **Health Care Management Science**, p181, 4, 3 Sep 2001

BERWICK, D., A user's Manual for the IOM's 'Quality Chasm' Report, **Health Affairs**, pg.80, 21, 3, 2002.

BURNS, L., KIMBERLY, J. R., WALSTON, S., R. Owned Vertical Integration and health Care: Promise and Performance, **Health Care Management Review**, 21, 1, Winter 1996.

_____, et al.: **The Healthcare Value Chain: Producers, Purchases, and Providers**, Wharton School of Business, Philadelphia, PA, Jossey-Bass, 2002.

_____, PAULY, M.: Integrated Delivery Networks: A detour on the road to integrated health care? **Health Affairs**, pg. 128, 21, 4, Jul/Aug 2002.

_____, GIMM, G., NICHOLSON, S., MULLER, R.; The Financial Performance of Integrated Health Organizations, **Journal of Healthcare Management**; 50,3, May/Jun, 2005.

BYRNE M., WALNUS C., Incentives for Vertical Integration in Healthcare: The Effect of Reimbursement Systems, **Journal of Healthcare Management**, 1, p.34, Jan/Feb 1999.

CHANDLER, Jr., A.D., **Scale and Scope**. The Belknap Press, Cambridge, MA, 1990.

CREMESP, (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo), **Relação de Habitantes por Médico nas Regiões do Estado**. Disponível em: www.cremesp.org.br/?siteAcao=JornalCremesp2&pag=grafico03&req=sim, Acesso em Junho, 2006.

DAVIS, R., DUHAINE, I., M., Diversification, Vertical Integration and Industry Analysis: New Perspectives and Measurement, **Strategic Management Journal**, p511, 13, 1, 1992.

DUARTE, C., R., “**Modelo Organizacional da Unimed: Estudo de Caso sobre a Medicina Suplementar**”. Tese de Doutorado Apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

DUTRA, J. **Competências: Conceitos e Instrumentos para a Gestão de Pessoas na Empresa Moderna**. Editora Atlas, São Paulo, 2004.

_____. **Gestão de Pessoas por Competências: um novo modelo de gestão ou modismo?** Material Didático , **Seminário Internacional de Gestão por Competências: que alternativas para a gestão de recursos humanos? Uma reflexão internacional Brasil - França**, Fundação Instituto de Administração, São Paulo, 2005.

EISENHARDT, K. M. Building Theories from Case Study Research. **Academy of Management Review**. Briarcliff Manor, Vol.14, 4, 1989.

____, MARTIN, J., A., Dynamic capabilities: What are they?, **Strategic Management Journal**, pg.1105, 21, 2000.

FARIAS, L.O., **Estabelecimentos de Saúde Privada no Brasil: Questões Acerca da Distribuição Geográfica e do Financiamento da Demanda**, Estudo Técnico ANS, 2004. Acesso em Maio, 2006. Disponível em:
www.ans.gov.br/upload/biblioteca/TT_AS_07_LOtavioFarias_EstabelecimentosSaude.pdf

FERNANDES, B. **Competências e Performance Organizacional: Um Estudo Empírico**: Tese de doutoramento apresentada ao Depto. de Administração da FEA-USP, Março, 2004 .

FISCHER, A., Um resgate conceitual e histórico do modelo de gestão de pessoas. In FLEURY et al, **As Pessoas na Organização**, 2ª Ed, Editora Gente , São Paulo, 2002

____; FLEURY, M.,T.; **Modelos de Gestão por Competências: Evolução e Teste de uma Proposta**. Anais do XXIX ENANPAD, Brasília, 2005.

FISHER, R., in M., FLEURY, M., T., “**Cultura e Poder nas Organizações**”, Editora Atlas, São Paulo, 1989.

FLEURY, M., T., **Cooperativas Agrícolas e Capitalismo no Brasil**, Global Editora, São Paulo, 1983

____, FLEURY, A., **Estratégias Empresariais e Formação de Competências: Um Quebra-cabeça Caleidoscópico da Indústria Brasileira**, Ed. Atlas, São Paulo, 2000.

____, In Search of Competence: Aligning Strategy and Competences in the Telecommunications Industry. Artigo aceito para publicação no **International Journal of Human Resources Management**, V17, nº1, Jan, 2006.

GILAD, B., GILAD, T., Business Intelligence – The Quiet Revolution, **Sloan Management Review**, pg. 49, 28, 1, 1986.

GHOSHAL, S., KIM, S., K., Building Effective Intelligence Systems for Competitive Advantage, **Sloan Management Review**, pg. 53, 27, 1986.

GRANT, R., M., The resource-based theory of competitive advantage: implications for strategy formulation, **California Management Review**, pg. 114, 33, 3, Spring, 1991.

HARRIGAN, K.,R., **Vertical Integration, Outsourcing and Corporate Strategy**, Beard Books, Washington D.C., 2003.

HENDERSON, R., COCKBURN, I., Measuring Competence? Exploring Firm Effects in Pharmaceutical Research, *Strategic Management Journal*, pg. 63, 15, Special Issue, 1994.

HERZLINGER, R., **Market Driven Health Care, Who Wins, Who Loses in the Transformation of America's Largest Industry**, Harvard Business School, Second Edition, Perseus Books, 2003.

HIGGINS, C., MEYERS, E.D., Managed Care and Vertical Integration: Implications for the Hospital Industry, **Hospital & Health Services Administration**, p319, 32, 3, Aug 1987.

IOM, (Institute of Medicine), **Strategy for Quality Review and Assurance in Medicine**.. Vol. 1, Report of a study. National Academy Press; Washington (DC), May, 1990.

JAN, C.P., Vertical Integration and Diversification of Acute Care Hospitals: Conceptual Definitions, **Hospital & Health Services Administration**, p99, 33, 1, Spring 1998.

JOSKOW, P.L., Vertical Integration and Long-Term Contracts: The Case of Coal Burning Electric Generation Plants, **Journal of Law, Economics and Organization**, p33, 1, 1985.

IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, Relatório Agregado - 1976 a 2002. Rio de Janeiro, 2003.

KLEIN, B., CRAWFORD, R., ALCHIAN, A., Vertical Integration , Appropriate Rents, and the Competitive Contracting Process, **Journal of Law, Economics and Organization**, p297, 21, 1978.

LEATHERMAN, S., BERWICK, D., ILES, D., LEWIN, D., NOLAN, T., BISOGNANO, M., The Business Case for Quality: Case Studies and an Analysis, **Health Affairs**, p. 17, 22, 2, March/April, 2003.

LEVITT, J., Transfer of Financial Risk and Alternative Financing Solutions, **Journal of Health Care Finance**, 30, 4, Summer 2004.

LIEDTKA, J., Linking Competitive Advantage with Communities of Practice, *Journal of Management Inquiry*, pg. 5, 8, 1, 1999.

MAHONEY, J.T., The Choice of Organizational Form: Vertical Financial Ownership Versus Other Methods of Vertical Integration, **Strategic Management Journal**, p559, 13, 8, Nov 1992.

MALHOTRA, K., **Pesquisa de Marketing**: uma orientação aplicada. - 3. Ed. - Porto Alegre: Bookman, 2001.

MATTAR, N., **Pesquisa de Marketing**. - Edição Compacta. - São Paulo: Atlas, 1996.

MEDEIROS, N., H., **A Competição Shumpeteriana e a Organização Cooperativa: O Caso da Cocamar**. Tese apresentada ao Depto. de Economia para obtenção do título de Doutor em Economia. FEA-USP, São Paulo, 1995.

MICK, S, STILES, A., “Components of the Costs of Controlling Quality: A Transaction Cost Economics Approach”. **Hospital & Health Services Administrator**, pg 205, Summer 1997.

MILLS. J., PLATTS. K., BOURNE. M, RICHARDS, H., **Competing through competences**, Cambridge University Press, New York, 2002.

____, ____ , ____ , Applying resource-based theory: Methods, outcomes and utility for managers. **International Journal of Operations & Production Management**; p.48; 23, 2, 2003.

____, ____ , ____ , Competence and resource architectures. **International Journal of Operations & Production Management**. p 977, 23, 9, 2003.

MINTZBERG, H., AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. PA: Bookman, 2000.

MONTEVERDE, K.; TEECE D. “Appropriable Rents and Quasi-Vertical Integration” **Journal of Law and Economics**, pg. 321, 25, 1982.

MALIK, A. M., TELLES, F.P., **Administração Estratégica em Hospitais**, Relatório de Pesquisa do Núcleo de Publicações e Pesquisa, EAESP – FGV, São Paulo, 2003.

MPOYI, .R.T., Vertical Integration: Strategic Characteristics and Competitive Implications, **Competitiveness Review**, p44, 13, 1, 2003.

NICÁCIO, J., A., “Alianças **Estratégicas entre Agroindústrias Integradas em Cooperativas**”. Dissertação Apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina para Obtenção do Título de Mestre. Florianópolis, 1997.

NONAKA, I; TAKEUSHI, H. **Criação de Conhecimento na Empresa**: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação. Tradução Ana Rodrigues e Priscilla Celeste, Rio de Janeiro, Ed. Campus, 12ª edição.

OLAVE, M., E., NETO, J., A., **Redes de Cooperação Produtiva: Uma Estratégia de Competitividade e Sobrevivência para Pequenas e Médias Empresas**, **Gestão & Produção**, pg. 289, 8, 3, Dez., 2001.

OLIVARES, J., H., L., Negociação para Configurar o Desenho da Estrutura Organizacional em Rede, **Caderno de Administração de Empresas**, São Paulo, 9, 3, Julho/Setembro, 2002

PAHO, (Panamerican Health Organization), **Brazil: Health Situation Analysis and Trends Summary - Human Resources**. Disponível em: www.paho.org/English/DD/AIS/cp_076.htm , Acesso em Junho, 2006.

PARKHE, A., Strategic Alliance Structuring: A Game Theoretic and Transaction Cost Examination of Interfirm Cooperation, **Academy of Management Journal**, pg. 794, 36,4, Aug. 1993.

PASCUCCI, M.L.; ROCHA, E.R; CASTRO, S.C. **As Organizações Cooperativas e o Mercado – o Caso de uma Cooperativa de Trabalho Médico, a UNIMED**. Anais do XXIX ENANPAD, Brasília, 2005.

PINHO, D, B., “ **O Cooperativismo no Brasil. Da Vertente Pioneira à Vertente Solidária**”. Editora Saraiva, São Paulo, 2004.

PITTA, D., LARIC, M., Value Chains in Health Care, **The Journal of Consumer Marketing**, pg 451, 21, 7, 2004.

PORTER, M. E. **Estratégia Competitiva**. Tradução: Elizabeth M. Pinto Braga. Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1980.

_____, TEISBERG, E. O. **Redefining Health Care, Creating Value-Based Competition on Results**, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts, 2006.

PRAHALAD, C.K., HAMEL, G. The Core Competence of the Corporation. **Harvard Business Review**, v. 68, nº 3, p. 79-91, 1990.

QUINN, J., B., Outsourcing Innovation: The New Engine for Growth, **Sloan Management Review**; Summer, 2000.

ROBINSON, J., CASALINO, L., Vertical Integration and Organizational Networks in Healthcare, **Health Affairs**, 15,1, Spring, 1996

ROEMER, L., "Hospital Middle Managers Perception of Their Work and Competence" **Hospital and Health Services Administration**, 41, 2, pg 210, Summer 1996.

ROWE J, in: **Bridging Professionalism and Market/Regulatory Approaches to Furthering Physician Accountability**, Summary of ABIM Foundation Health Forum, Summer 2005.

RUAS, R.; ANTONELLO, C. L.; BOFF, L. H. **Aprendizagem Organizacional e Competências**. PA: Bookman, 2005.

____ ; DUTRA, J; GHEDINE , T; BECKER, G; DIAS, G; **O Conceito de Competência de A a Z – análise das principais publicações nacionais entre 2000 e 2004**. Anais do XXIX ENANPAD, Brasília, 2005.

SAFAVI, K., Pay for Performance, Aligning Financial Incentives, **Journal of Healthcare Management**, 51, 3, May/Jun 2006

SALVO, J.; LUTES, M.; JONES, W. A general guide to the financial integration of healthcare organizations, **Journal of Public Budgeting, Accounting & Financial Management**, 10, 4, Winter 1998.

SAVAGE, G., TAYLOR, R., ROTARIUS, T., BUESSELER , Governance of Integrated Delivery Systems/Networks: A Stakeholder Approach, **Health Care Management Review**, pg. 7, 22,1, Winter, 1997.

SCHEIN, E., H., **Organizational Culture and Leadership**, Jossey-Bass, San Francisco, 1986.

SCHNELLER, E. “Accountability for health care: A white paper for leadership and management for the US Health Care System” **Health Care Management Review**, pg 38, 22, 1, Winter 1997.

SEIXAS, M., A., Competências do Administrador Hospitalar na Região Metropolitana de Salvador, **Gestão em Ação**, pg. 147, 8, 2, Maio, 2005.

SILVA, A., A. “Relação Entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços – Um novo Relacionamento Estratégicos” Estudo Técnico, ANS, 2004, Acesso em Maio de 2006. Disponível em:
www.ans.gov.br/upload/biblioteca/TT_AR_6_AAAlves_Silva_Relacao_Operadoras

SHORTELL, S., M., The Evolution of Hospital Systems: Unfulfilled Promises and Self-Fulfilling Prophecy, **Medical Care Review**, (Medical Care Research and Review), pg. 177, 45, 2, 1988.

STALK, P., EVANS, P., SCHULMAN, E., Competing on Capabilities: The New Rules of Corporate Strategy, **Harvard Business Review**, pg. 57, Mar/Apr. 1992.

____, _____. “Competição Baseada em Capacidades: As Novas Regras da Estratégia Empresarial” in ULRICH, D. “**Recursos Humanos Estratégicos: Novas Perspectivas para o Profissional de RH**” Tradução: Bazán Linguística. Ed. Futura, São Paulo, 2000

UNIMED, **Relatório de Gestão**, Central Nacional, São Paulo, 2006

WILLIAMSON, O.L., Transaction Costs Economics: The Governance of Contractual relations, **Journal of Law and Economics**, p233, 22, 1, 1979.

WHINSTON, M. “On The Transaction Cost Determinants of Vertical Integration”, **Journal of Law Economics & Organization**, Apr1. 19, 2003

WHO, (World Health Organization), World Health Report , Geneve, 2004. Disponível em: www.who.org/whr_2004 .Acesso em Junho, 2005.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos.** Tradução Daniel Grassi. 2ª Ed. Porto Alegre. Bookman, 2001.

ZARIFIAN, P. **Objetivo Competência: por uma nova lógica.** Tradução: Maria Helena Trylinsk., Ed. Atlas, São Paulo, 2001.

YONG II, S., RAJAGOPALAN, S., Strategic Alliances in the Hospital Industry: A Fusion of Institutional and Resource and Dependence Views, **Academy of Management Journal**, pg. 271, 1995.

ZEHIR, C., ACAR, A., Z., TANRIVERDI, H., Identifying Organizational Capabilities as Predictors of Growth and Business Performance, **The Business Review**, pg. 109 , 5, 2, Cambridge, Summer, 2006.

10. ANEXOS

10.1 Anexo 1.

Roteiro de Entrevistas do Levantamento de Campo

1. A empresa tem uma estratégia explícita de verticalização? (oferecer serviços próprios) Esta estratégia foi mais influenciada por fatores externos ou internos da empresa?
2. Em caso positivo é uma estratégia com enfoque em custos ou em diferenciação?
3. Além dos hospitais, quais são os tipos de **serviços oferecidos**? Atendimentos / Procedimentos Ambulatoriais? Exames de Imagem? Lab. Clínico? Quantos?
4. Quantos concorrentes diretos já oferecem estes serviços?

Todos A Maioria Metade Poucos Nenhum
5. Sua empresa mantém rede credenciada de serviços? Existe ônus adicional para o cliente utilizar esta rede? (explique)
6. Qual(is) **motivo(s)** levou(levaram) sua empresa a oferecer serviços próprios?
7. Quais são os fatores críticos(chave) de sucesso, absolutamente necessários para que uma operadora possa oferecer serviços próprios? (exemplos)
8. Quais competências **são necessárias** para a organização empreender o processo de verticalização? (definir)
9. Quais competências da empresa **permitiram** , (na prática), ou facilitaram o processo de verticalização?
10. Determine o valor relativo destas competências da organização para o processo de verticalização:

1 (um) para contribuição mínima e 5, (cinco) para contribuição máxima
11. Que tipo de vantagens relativas eram **esperadas** com a implementação desta estratégia? (Médio e Longo Prazos)
12. Que tipo de vantagens relativas esta estratégia **propiciou**? Por quê?

13. Dê nota de 0 (zero) para o mínimo ou neutro a 5 (cinco) para o máximo conforme o grau de **importância da vantagem** relativa proporcionada. (Por quê?)

- ____ economia de escala
- ____ diminuição dos custos de transação
- ____ possibilidade de maior controle de custos de produção
- ____ possibilidade de melhor estimar demanda
- ____ facilidade ou maior flexibilidade na adoção de novas metodologias administrativas
- ____ redução do grau de incerteza associado ao setor (fluxo de clientes estável)
- ____ fortalecimento da posição competitiva no mercado
- ____ criação de barreira de entrada a novos concorrentes
- ____ otimização da conveniência dos serviços oferecidos aos clientes / pacientes
- ____ garantia ou ampliação da qualidade dos serviços oferecidos
- ____ ampliação da oferta de serviços a determinados segmentos de clientes
- ____ ampliação do montante de informações disponíveis sobre os clientes finais
- ____ melhor qualificação e fidedignidade dos dados sobre os clientes finais
- ____ atração de novos clientes
- ____ fidelização dos clientes

14. Que **dificuldades** ou entraves ocorreram ou ocorrem com os serviços próprios?

15. Na sua visão, existe uma **tendência** de crescimento da **verticalização** no setor? Explique.

16. Na sua opinião, existe alguma estratégia que possa substituir com vantagens a “verticalização” das operadoras?

10.2 Anexo 2

Roteiro de Entrevistas do Estudo de Caso (Primeira Etapa)

Identificação:

Data:

Nome:

Tempo na Unimed Paulistana:

Cargo:

Tempo no Cargo:

1. Quais os principais objetivos estratégicos da empresa?
2. A verticalização é um deles?
3. Em que medida a verticalização contribui com os outros objetivos?
4. Quais foram as motivações para a verticalização da cooperativa?
5. Quais os principais benefícios pretendidos com este processo?
6. Quais deles foram alcançados até o momento? Em sua percepção, serão alcançados outros no médio prazo? E no longo prazo?
7. A verticalização da Unimed Paulistana diferencia-se do mesmo processo realizado por concorrentes? Por quê?
8. Por quê?

10.3 Anexo 3

Roteiro de Entrevistas do Estudo de Caso (Segunda Etapa)

Identificação:

Data:

Nome:

Tempo na organização:

Atuou no setor previamente?

Onde?

Cargo:

Tempo no Cargo:

1. Qual sua percepção sobre o oferecimento de serviços próprios pelas operadoras?
2. A UNIMED paulistana segue o mesmo padrão?
3. Em sua opinião, o que motivou o processo de verticalização da empresa?
4. Este processo foi planejado? Como?
5. Seu papel mudou com a introdução do Hospital Santa Helena? Em que sentido?
6. E com a implementação dos Centros Médicos?
7. Como foi alterada a dinâmica de trabalho na UNIMED paulistana?
8. Em sua opinião, que setores da empresa viabilizaram o oferecimento dos serviços próprios? Por quê?
9. Poderia apontar algum mais importante? Por quê?
10. Você poderia apontar alguns recursos que têm propiciado à UNIMED Paulistana oferecer serviços próprios a seus clientes?
 - A) Tangíveis
 - B) Conhecimentos, habilidades e experiências:
 - C) Procedimentos e processos:
 - D) Valores e cultura:
 - E) Recursos com potencial dinâmico:
11. Estes recursos têm possibilitado algumas atividades básicas para a verticalização da UNIMED Paulistana ? Quais são elas?
12. Em sua opinião, estas atividades básicas propiciam outras mais elaboradas e importantes na ótica da verticalização?
13. Quais os benefícios esperados quando a UNIMED Paulistana decidiu oferecer serviços próprios? (Hospital e CPAs)

14. Quais foram alcançados? Ocorreram outros? Quais?

Para seu setor especificamente:

15. Quais são os fatores absolutamente essenciais que sua área específica na empresa deve/deveria possuir para ter sucesso na verticalização?

16. Face aos fatores apontados, em quais deles a UNIMED Paulistana se destaca?

17. Assinale e justifique no quadro abaixo o posicionamento de sua área na empresa face à competência para cada fator assinalado no item anterior (*)

	Posicionamento da empresa referente à competência				
Posição da empresa	Muito abaixo da média do setor	Abaixo da média do setor	Na média do setor	Em igualdade com o/os melhores	Liderança inquestionável
Competência	Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito alta
Fator 1					
Fator 2					
Fator 3					
Fator 4					
Fator 5					
Fator 6					

Fonte: Quadro adaptado daqueles elaborados por FERNANDES,(2004).

18. Assinale e justifique no quadro abaixo, construído para avaliar o valor da competência, a expressão que melhor corresponde à questão proposta na coluna da esquerda:

A competência/recurso é valioso (a)	Altamente negativo	Negativo	Sem efeito	Positivo	Altamente positivo
Qual o efeito sobre a habilidade organizacional de:					
• Afastar ameaças					
• Capitalizar oportunidades					
Quantos concorrentes já tem este recurso	Todos	A maioria	Metade	Alguns	Nenhum
Qual o nível de desempenho deste recurso quando comparado aos concorrentes?	Muito abaixo da média do setor	Abaixo da média do setor	Na média do setor	Equiparado ao melhor	Liderança inquestionável
Que expressão melhor resume o valor da competência/recurso					
Resuma o valor	Negativo	Baixo	Médio	Alto	Desconhecido

Fonte: Quadro adaptado daqueles elaborados por FERNANDES,(2004).

19. Assinale e justifique no quadro abaixo, construído para avaliara sustentabilidade da competência, a expressão que melhor corresponde à questão proposta na coluna da esquerda.

Sustentável?					
Quão facilmente os concorrentes podem reconhecer o recurso?	Facilmente	Sé se estiverem investigando		É invisível	
Quanto tempo demoraria para um concorrente imitar este recurso	< 1 mês	1 a 6 meses	6 a 24 meses	2 a 5 anos	> 5 anos
Qual o percentual de seu faturamento custaria para imitar este recurso ?	< 0,5%	0,5 a 1%	1 a 5%	5 a 20%	> 20%
Sem investimentos de tempo e dinheiro, em quanto tempo seu valor deprecia ?	> 50% por ano	30 a 50%	15 a 30%	5 a 15%	< 5%
Sua vantagem pode ser substituída por outro recurso/competência	Em grande parte	Parcialmente		Não	
Que expressão melhor resume a sustentabilidade da competência/recurso					
Resumo da sustentabilidade	Baixa	Média	Alta	Desconhecida	

Fonte: Quadro adaptado daqueles elaborados por FERNANDES,(2004).

20. Estas competências podem ser aplicadas/transferidas a outras áreas/produtos/serviços/setores dentro da empresa?

21. Outros Comentários

10.4 Anexo 4

Principais Padrões de Integração Vertical Identificados no Setor Saúde - EUA

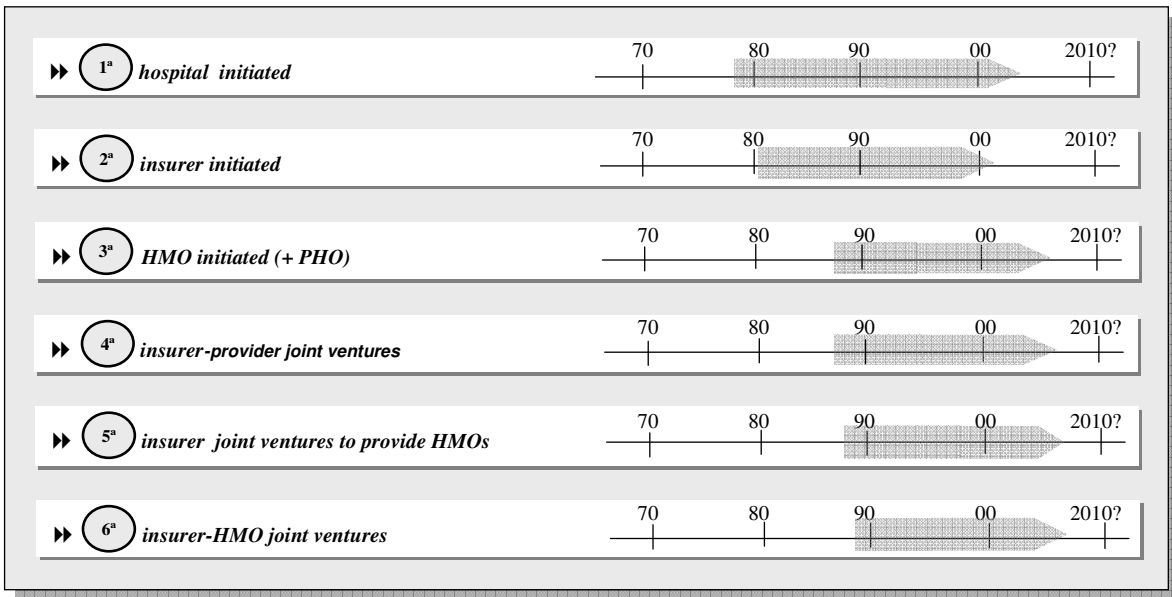


FIGURA 3: PADRÕES DE INTEGRAÇÃO VERTICAL E CRONOLOGIA DE MAIOR OCORRÊNCIA DAS INICIATIVAS NO SETOR DE SAÚDE DOS EUA.

Fonte: Do autor, a partir da literatura.

10.5 Anexo 5

Integração e Formação de Redes na Assistência Médica Norte-americana

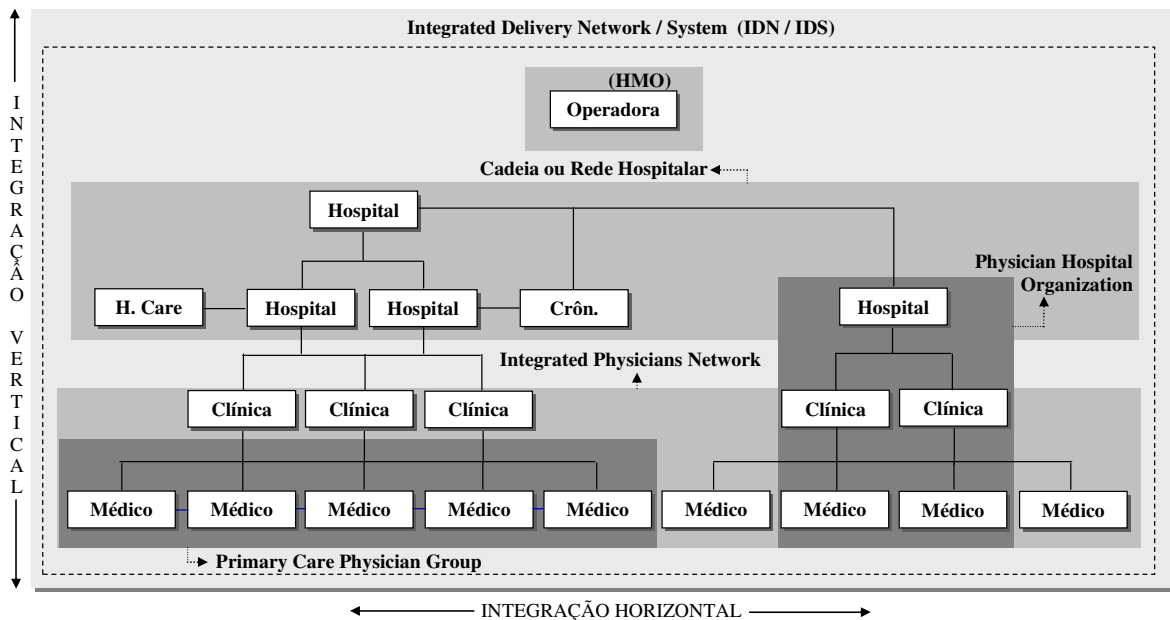


FIGURA 4: INTEGRAÇÕES VERTICAIS E HORIZONTAIS COM FORMAÇÃO DE REDES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA NOS EUA

Fonte: Do Autor, a partir da literatura

10.6 Anexo 6.

Modelos de Ressarcimento a Serviços Médicos nos EUA

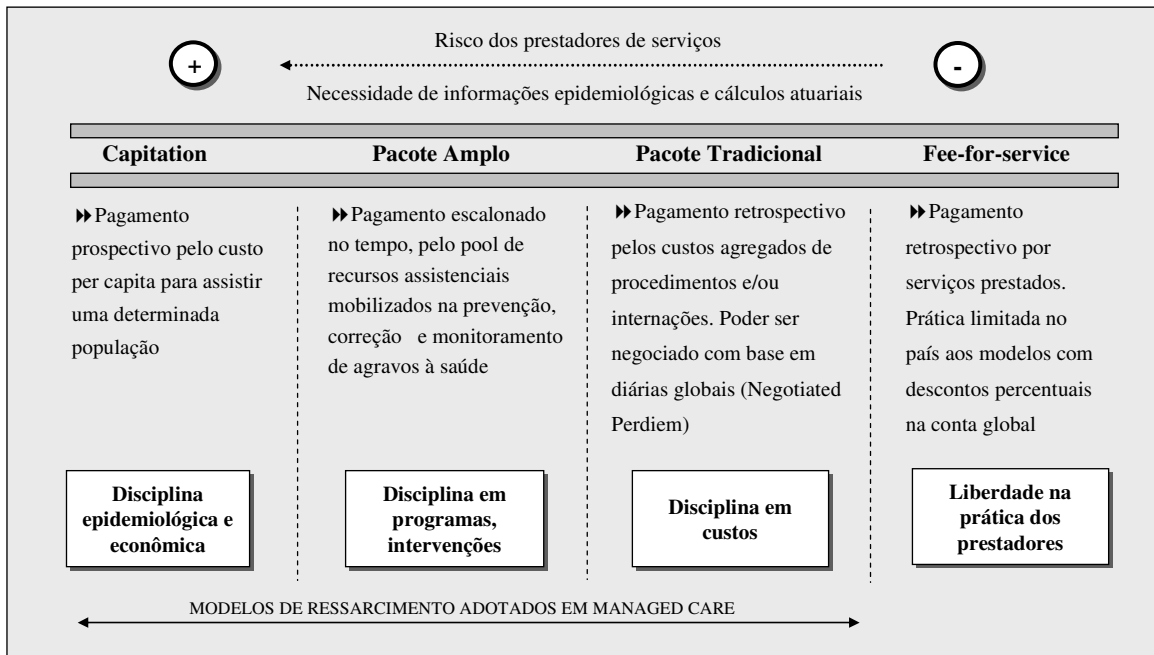


FIGURA 5: PRINCIPAIS MODELOS DE RESSARCIMENTO NA ASSISTÊNCIA MÉDICA NOS EUA

Fonte: Do autor a partir da literatura.

10.7 Anexo 7.

Tipologia das Redes Organizacionais

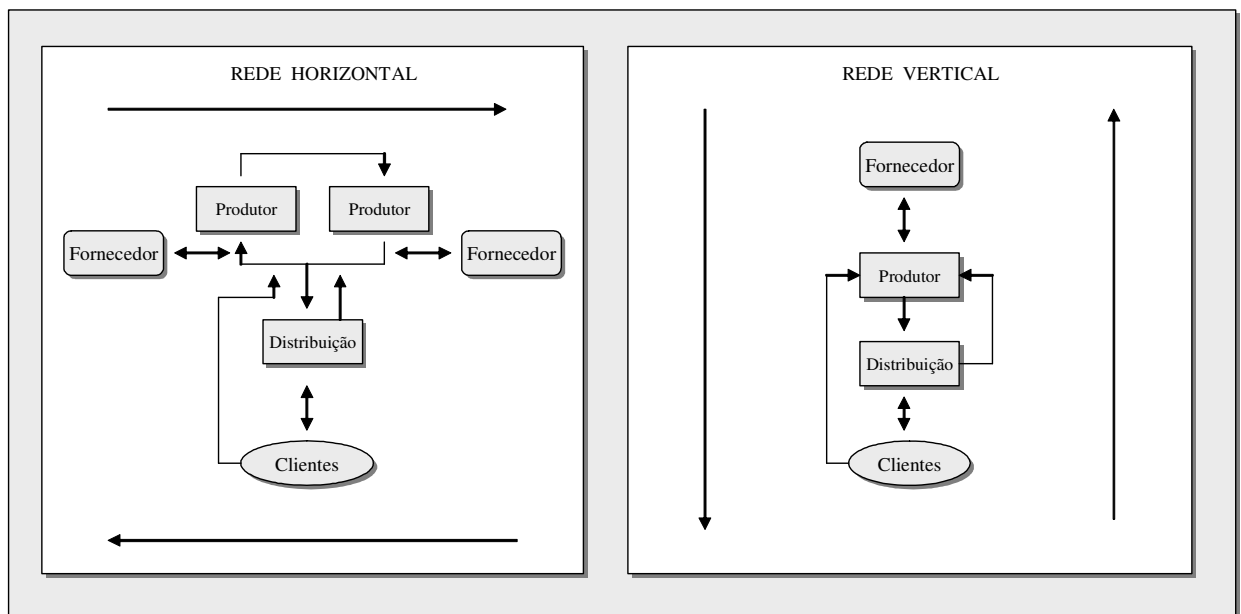


FIGURA 6: TIPOLOGIA DAS REDES ORGANIZACIONAIS

Fonte: Adaptado de OLIVARES, 2002.

10.8 Anexo 8.

Redes Organizacionais Horizontais e suas Bases Teóricas

Autor	Nome do Tipo de Rede	Idéia Básica
CASSAROTO FILHO e PIRES (1999)	Rede flexível	Consórcio
ERNST <i>apud</i> CASTELLIS (2000)	Rede de produtores Redes de coalizões-padrão Redes de cooperação	Co-produção Interface Desenvolvimento conjunto
VAN DE VEM <i>apud</i> KATAOKA (1995)	Relação interorganizacional (modo par) Relação conjunto interorganizacional	Uma organização com outra organização Uma organização com várias organizações
VEERECK e VAN DIERDOCK <i>apud</i> BARTEZZAGHI <i>et. al.</i> (1999)	Rede federação descentralizada	Relação com parceiros locais
PERROW (1992)	Redes de pequenas firmas (clusters)	<i>Co-opetition</i>
GERLACH e LINCOLN <i>apud</i> NOHRIA e ECCLES (1992)	Redes horizontais japonesas	Conexões intermercados de grandes empresas

QUADRO 3: REDE HORIZONTAL – BASES TEÓRICAS DE SUSTENTAÇÃO

Fonte: OLIVARES, 2002.

10.9 Anexo 9..

Redes Organizacionais Verticais e suas Bases Teóricas

Autor	Nome do Tipo de Rede	Idéia Básica
MILES & SNOW <i>apud</i> CASSAROTO FILHO e PIRES (1999)	Rede estável	Cadeia de valor
CASSAROTO FILHO e PIRES (1999)	<i>Rede topdown</i>	Empresas fornecedoras de uma empresa-mãe
ERNST <i>apud</i> CASTELLIS (2000)	Rede de fornecedores Redes de clientes	Acordos na montante Acordos na jusante
VAN DE VEM <i>apud</i> KATAOKA (1995)	<i>Network</i> organizacional	Relação simultânea entre conjuntos de organizações
VEERECK e VAN DIERDOCK <i>apud</i> BARTEZZAGHI <i>et. al.</i> (1999)	Rede integrada	Relação simultânea virtual e interativa entre parceiros de vários países
GUERRERI <i>apud</i> BARTEZZAGUI <i>et. al.</i> (1999)	Cadeia produtiva controlada por produtores Cadeia produtiva controlada por compradores	Relações de poder dentro da rede
CASTELLIS (2000)	Redes verticais (<i>keiretsu</i> vertical)	Fornecedores e distribuidores baixo comando de uma organização dentro de um setor específico

QUADRO 4: REDE VERTICAL – BASES TEÓRICAS DE SUSTENTAÇÃO

Fonte: OLIVARES, 2002.

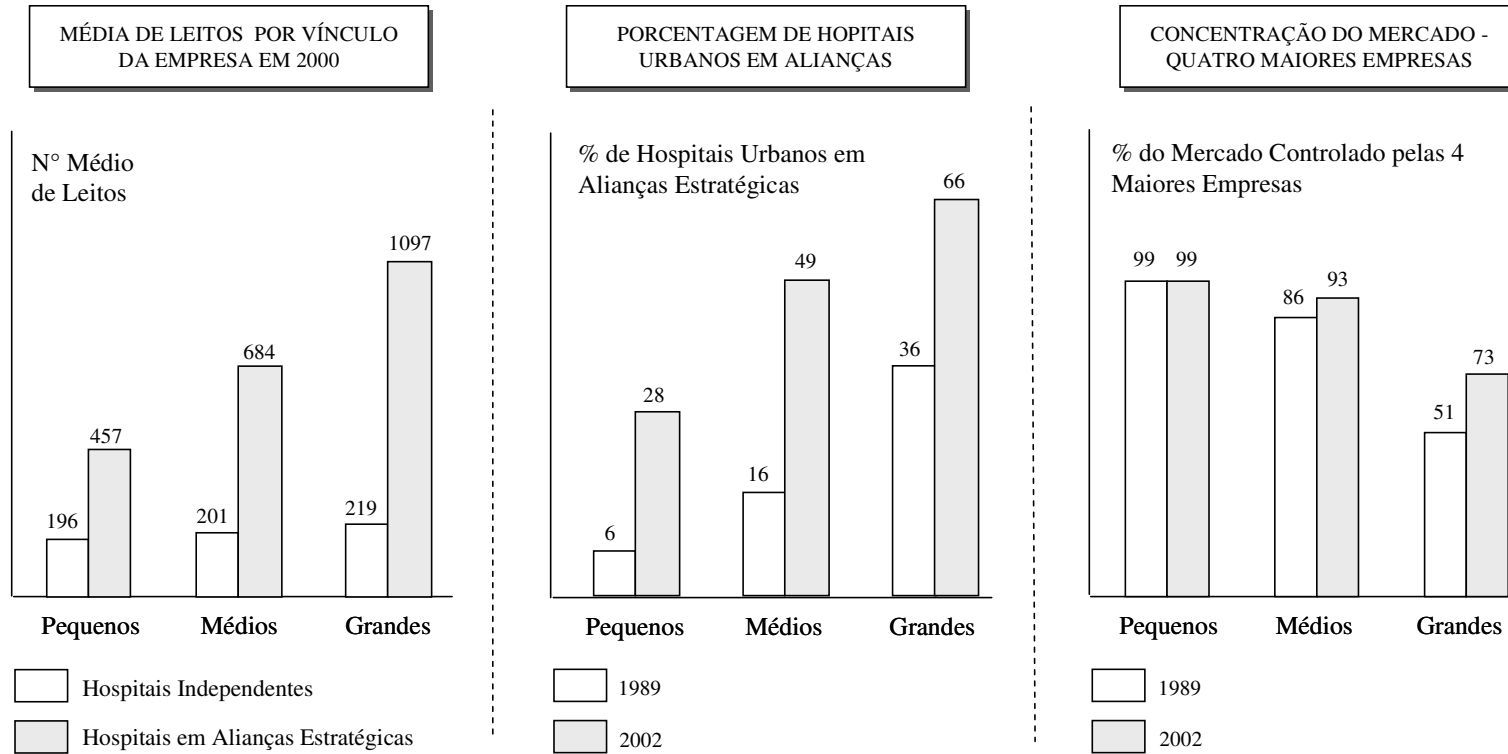


FIGURA 7: GRÁFICOS REPRESENTATIVOS DA EXPENSÃO DAS ALIANÇAS ESTRATÉGICAS HOSPITALARES E CONCENTRAÇÃO DO MERCADO NOS EUA, EM DIFERENTES PORTES DE MUNICÍPIOS (1989 E 2002)

Nota: Dimensionamento de Municípios Utilizado: Pequenos < 250.000 hab.; Médios entre 250.000 e 1 milhão hab; Grandes > 1 milhão hab

Fonte: LUKE, OLDEN and ROGGENKAMP, 2002

10.11 Anexo 11

Principais Diferenças Encontradas Entre Redes, (sem vínculos de propriedade) e Sistemas, (com vínculos de propriedade), no Setor de Saúde dos EUA.

Organizational Cluster Label	Hospital Services	Physician Arrangements	Insurance Products
Centralized health network / system	Networks are more differentiated than systems in long-term/chronic care services and more decentralized in all hospital services.	Networks are more differentiated and more decentralized than systems in contractual arrangements.	None.
Decentralized health network / system	Networks are more differentiated in high-tech services than systems.	Networks are more differentiated and more decentralized than systems in all arrangements.	Networks are more decentralized than systems in HMO products.
Moderately centralized network / system	Networks are more differentiated and more decentralized.	Networks are more differentiated and more decentralized than systems in all arrangements.	Networks are more differentiated and more decentralized in all products.
Independent hospital network / system	Networks are more differentiated than systems in all services. Networks use more contracting than systems in high-tech services.	Networks are more differentiated and more centralized in contractual arrangements.	None.

QUADRO 5: DIFERENCIAÇÃO DOS PRODUTOS, (DIFFERENTIATION), E DISPERSÃO GEOGRÁFICA, (DECENTRALIZATION), ENTRE REDES E SISTEMAS DE SAÚDE NOS EUA

Fonte: BAZZOLI et al, (1999).

10.12 Anexo 12.

Principais Questões em Estudo e Metodologias de Abordagem

Questões Levantadas	Análise de Documentos	Entrevistas	Análises da Literatura e Publicações Específicas do Setor
Motivadores da Verticalização na Medicina Suplementar		✓	✓
Benefícios Esperados com o Processo		✓	✓
Benefícios Alcançados com o Processo		✓	✓
Tendências da Verticalização da Medicina Suplementar		✓	✓
Especificidades da Verticalização numa Cooperativa Médica	✓	✓	
Competências Organizacionais Relacionadas à Verticalização na Empresa Estudada	✓	✓	

QUADRO 6: PRINCIPAIS QUESTÕES DO ESTUDO E METODOLOGIA DE ABORDAGEM

Fonte: Do autor.

10.13 Anexo 13

Gráfico da Participação Relativa das Diferentes Modalidades de Operadoras no Mercado de Planos de Saúde

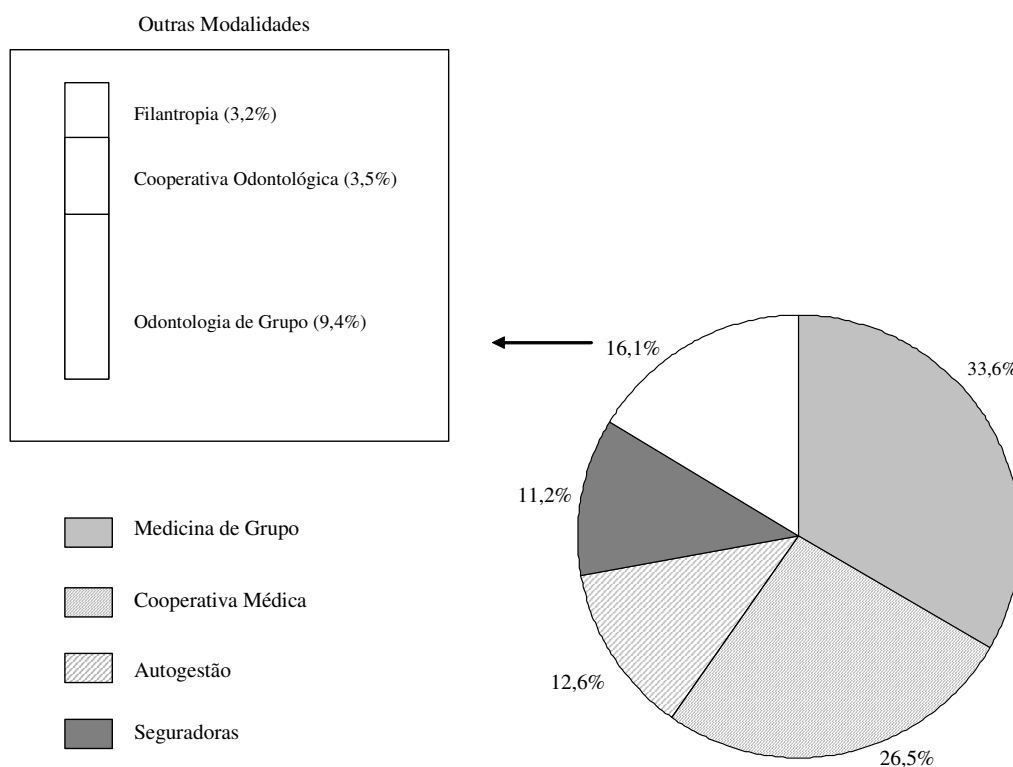


GRÁFICO 1: DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE POR MODALIDADE DE OPERADORA

Fonte: Caderno de Informações de Beneficiários, ANS, Março, 2006. (BRASIL, 2006)

10.14 Anexo 14.

Gráfico dos Vínculos a Planos de Assistência Médica e Respectiva Regulação

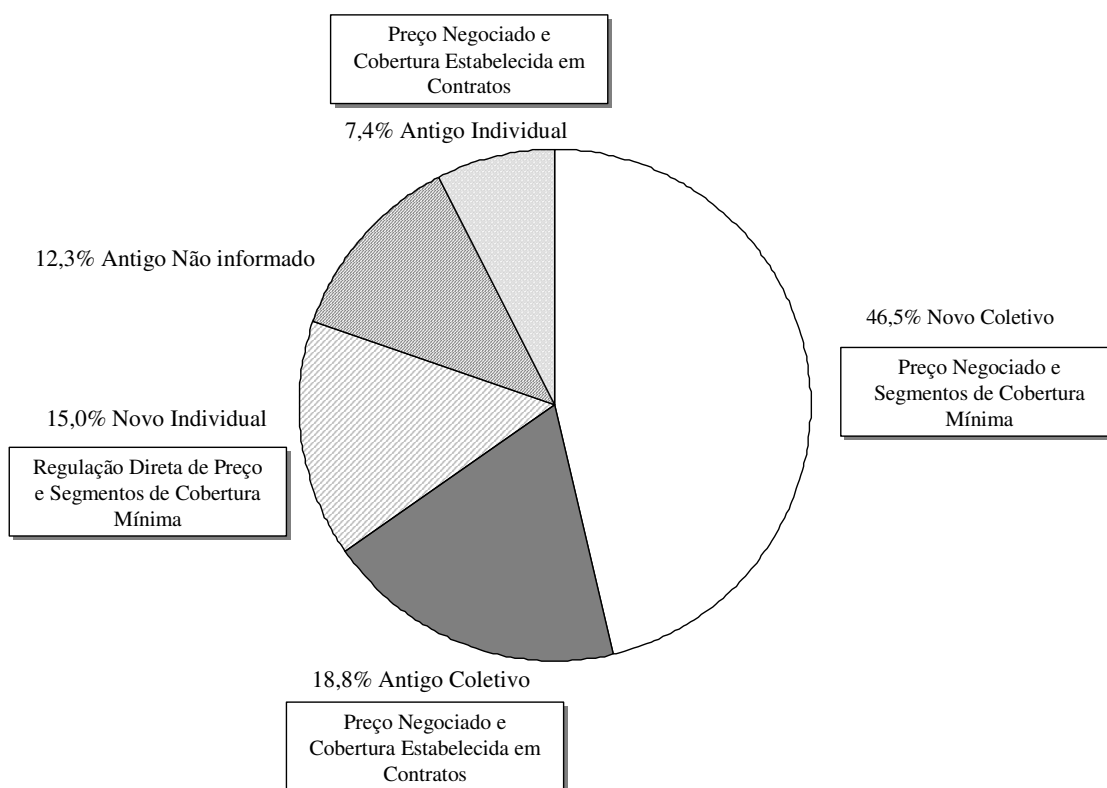


GRÁFICO 2: VÍNCULO A PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, POR ÉPOCA, TIPO DE CONTRATAÇÃO E RESPECTIVOS CONTROLES DE PREÇO E COBERTURA

Fonte: Adaptado do Caderno de Informações de Beneficiários, ANS, Março, 2006. (BRASIL, 2006)

Entrevistas nas Empresas										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Média
Benefícios Alcançados com a Verticalização										
Maior Controle dos Custos de Produção	4	3	5	5	5	4	5	4	5	4,4
Garantia ou Melhoria da Qualidade dos Serviços Oferecidos	5	4	5	5	4	5	4	4	4	4,4
Economia de Escala	3	5	5	5	5	5	4	4	0	4,0
Flexibilidade na Adoção de Novas Metodologias Administrativas e Técnicas	4	2	5	5	3	4	4	4	4	3,9
Fortalecimento da Composição Competitiva no Mercado	3	5	4	3	5	4	2	4	5	3,9
Otimização da Conveniência nos Serviços Oferecidos	5	5	0	3	4	4	4	4	5	3,8
Fidelização dos Clientes	3	3	5	3	3	4	4	4	5	3,8
Melhoria Quantitativas e Qualitativas no Montante de Informações Disponíveis Sobre o Cliente Final	5	4	0	4	5	3	2	5	5	3,7
Maior Possibilidade de Estimar Demanda	4	4	0	4	5	4	5	3	3	3,6
Atração de Novos Clientes	3	4	3	4	3	3	3	4	5	3,6
Redução de Oscilações na Demanda dos Serviços	0	3	5	4	3	4	3	3	5	3,3
Criação de Barreira de Entrada a Novos Concorrentes	5	5	3	4	0	4	4	4	0	3,2
Ampliação da Oferta de Serviços a Segmentos Determinados	4	1	4	4	5	1	0	2	0	2,3
Diminuição dos Custos de Transação	0	1	0	4	4	0	4	3	0	1,8

QUADRO 9: PERCEPÇÃO DOS GESTORES SOBRE OS BENEFÍCIOS ALCANÇADOS COM A VERTICALIZAÇÃO DAS NOVE MAIORES MEDICINAS DE GRUPO, COM ATUAÇÃO NA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO.

Fonte: Entrevistas realizadas em Março e Abril, (2006)

10.16 Anexo 16.

Organograma da Unimed Paulistana*

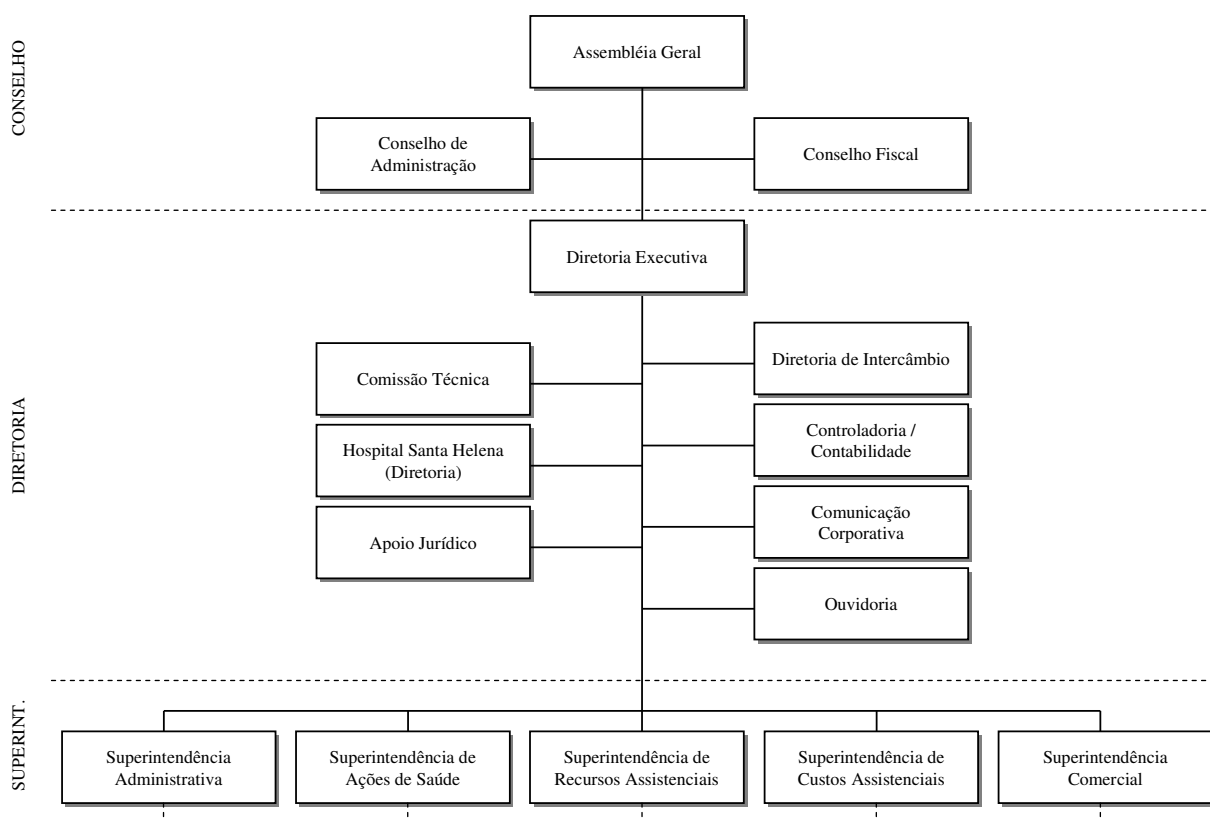


FIGURA 8: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL UNIMED PAULISTANA – CONSELHO, DIRETORIA E SUPERINTENDÊNCIAS.

Fonte: Adaptado do Organograma fornecido pela Divisão de Recursos Humanos, Maio, 2006

() Nota: O Organograma acima representa exclusivamente a “Administração Superior”, ou os maiores níveis hierárquicos da cooperativa. Cada uma das Superintendências subdivide-se em Divisões. Estas contém Departamentos que por sua vez subdividem-se em Coordenadorias.*

10.17 Anexo 17.

Constituição da Unimed do Brasil

CONSTITUIÇÃO UNIMED

TÍTULO I DOS CONCEITOS E DOS PRINCÍPIOS

CAPÍTULO I DOS CONCEITOS

Seção I

Da natureza, regulamentação e alteração da CONSTITUIÇÃO UNIMED

Art. 1º A CONSTITUIÇÃO UNIMED é a carta de conceitos, princípios e operações do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED.

§1º Os princípios e normas operacionais desta CONSTITUIÇÃO, que não sejam auto-aplicáveis, serão regulamentados, na forma por que nela disposto, por normas derivadas.

§2º A alteração desta CONSTITUIÇÃO obedecerá ao processo nela previsto.

Seção II

Do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED

Art. 2º. O COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED compreende:

I – o SISTEMA UNIMED, integrado exclusivamente pelas cooperativas médicas detentoras do direito de uso do nome e marcas UNIMED;

II – o SISTEMA UNICRED, integrado exclusivamente pelas cooperativas de economia e crédito mútuo detentoras do direito de uso do nome e marcas UNICRED;

III – as cooperativas USIMED de usuários de assistência médica UNIMED, detentoras do direito de uso do nome e marcas USIMED;

IV – o SISTEMA EMPRESARIAL UNIMED, integrado por sociedades com ou sem fins econômicos e com ou sem fins lucrativos, cooperativas ou não, destinadas ao atendimento de objetivos acessórios ou complementares das cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED e das cooperativas USIMED.

CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS

Seção I Dos princípios gerais

Art. 3º O COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED rege-se pelos princípios:

I – da dignidade humana, como criação do homem;

II – da liberdade, como grupo social;

III – da democracia, como instituição.

Seção II

Dos princípios do cooperativismo

Art. 4º As cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED e as cooperativas USIMED regem-se pelos princípios:

- I – da livre adesão, como forma associativa;
- II – da gestão democrática, como forma política;
- III – do compromisso doutrinário, como participantes das organizações cooperativistas nacionais e internacionais;
- IV – da proporcionalidade às operações, como forma distributiva de resultados;
- V – da ação integrada e interdependente, como Sistemas.

Seção III

Dos princípios do cooperativismo médico

Art. 5º As cooperativas do SISTEMA UNIMED regem-se pelos princípios:

- I – no campo da ética médica:
 - a. da relação direta médico/paciente;
 - b. da independência do médico como juiz único, diante de sua consciência, dos atos médicos que deva praticar;
 - c. da inexploração do trabalho médico com fins lucrativos, políticos ou religiosos.
- II – no campo do compromisso comunitário:
 - a. da colocação de medicina ética e de qualidade, acessível ao maior número de pessoas;
 - b. da interação entre os médicos, prestadores de serviços, e os usuários, tomadores desses serviços.

III – no campo do compromisso público:

- a. da integração como os serviços públicos de assistência à saúde e de prevenção de doenças;
- b. da complementaridade contratual dos serviços públicos de assistência à saúde e de prevenção de doenças;
- c. da suplementaridade voluntária dos serviços públicos de assistência à saúde e de prevenção de doenças.

Seção IV

Dos princípios do cooperativismo crédito

Art. 6º As cooperativas do SISTEMA UNICRED regem-se pelos princípios:

I – no campo da ética financeira:

- a. do absoluto respeito aos ativos dos cooperados e dos investidores;
- b. da justa remuneração dos investimentos;

II – no campo do compromisso comunitário:

- a. da distribuição mutualista das riquezas;
- b. da colocação de serviços financeiros às pequenas economias.

III – no campo do compromisso público:

- a. da credibilidade das atividades financeiras;
- b. da democratização do sistema financeiro

Seção V

Dos princípios do cooperativismo usuário

Art. 7º As cooperativas USIMED regem-se pelos princípios:

I – no campo da ética:

- a. da dignidade do usuário;
- b. do respeito nas relações usuário/prestador de serviço.

II – no campo do compromisso comunitário:

- a. da acessibilidade de todos à assistência médica;
- b. da redução de custos.

III – no campo do compromisso público:

- a. da integração com os serviços públicos de assistência à saúde e de prevenção de doenças;
- b. da complementaridade voluntária dos serviços públicos de assistência à saúde e de prevenção de doenças.

TÍTULO II DAS ESTRUTURAS

CAPÍTULO I DO SISTEMA UNIMED

Seção I Da organização

Art. 8º As cooperativas médicas do SISTEMA UNIMED são:

I – Singulares, destinadas à prestação de serviços aos cooperados:

- a. constituídas por médicos;
- b. com área de ação em um ou mais municípios, referidos expressamente no estatuto.

II- Federações, destinadas à prestação de serviços às Singulares e aos cooperados, próprios ou das Singulares:

- a. constituídas por Singulares e, excepcionalmente, por médicos, associados individuais, integrantes de grupos seccionais;
- b. com área de ação referida expressamente no estatuto.

III – Federações Interfederativas, destinadas à prestação de serviços às Singulares e Federações e a seus cooperados, constituídas por Federações e por Singulares, com área de ação em região referida expressamente no estatuto;

IV – Confederação, destinada à prestação de serviços às Singulares e Federações e a seus cooperados e às Federações Interfederativas, constituída por todas as Federações e Federações Interfederativas, com área de ação em todo o território brasileiro.

§1º A admissão de associados e cooperativas e a realização de negócios limitam-se à área de ação expressamente referida ao estatuto.

§2º Nenhuma cooperativa terá área de ação coincidente, no todo ou em parte, com a de outra cooperativa, ressalvada a hipótese de coincidência parcial da área de ação das Federações em relação à das Federações Interfederativas.

§3º As cooperativas Singulares filiar-se-ão à Federação em cuja área de ação se situem e, satisfeita essa condição prévia, à Federação interfederativa a que sua Federação esteja filiada.

§4º As Federações filiar-se-ão à Federação Interfederativas em cuja área de ação se situem e, satisfeita essa condição prévia, à Confederação.

§5º Na hipótese de inexistência de Federação Interfederativa, as Federações filiar-se-ão diretamente à Confederação.

§6º A Federação que se desfiliar da Federação Interfederativa perderá a condição de cooperada da Confederação.

§7º A área de ação da Federação Interfederativa que resultar da criação de novas Federações em um mesmo Estado limitar-se-á ao território desse Estado.

§8º É vedado às Federações aceitar filiação de cooperativa Singular dissidente de outra.

§9º A excepcionalidade de cooperação de que trata a alínea “a” do inciso II deste artigo será autorizada pela Federação interessada, por deliberação fundamentada do Conselho de Administração, observada a finalidade de transformação do grupo seccional em nova Singular ou de sua integração a Singular já existente.

§10º Os grupos seccionais só poderão ser instalados em municípios que não pertençam à área de ação de nenhuma Singular.

Seção II Dos direitos

Art. 9º Observada a respectiva área de ação e atendidos os princípios e normas desta CONSTITUIÇÃO, são direitos:

I – das Singulares:

- a. deliberarem sobre a admissão de cooperados e organizarem o quadro associativo e a forma de gestão;
- b. definirem formas e valores dos contratos de prestação de assistência médica que firmarem em nome dos cooperados, assegurando-lhes condições de sua execução;
- c. remunerar diretamente seus cooperados;
- d. viabilizarem os cooperados, com recursos próprios ou de terceiros, mediante contratos, a utilização de hospitais e de serviços auxiliares de diagnósticos e terapia;
- e. deliberarem sobre participação ou não, com ou sem ônus, em projetos federativos ou confederativos;
- f. deliberarem sobre todos os assuntos de seu peculiar interesse;

II – das Federações:

- a. deliberarem sobre a admissão de Singulares e de associados individuais e organizarem o quadro associativo e a forma de gestão;

- b. definirem formas e valores dos contratos federativos de prestação de assistência médica que firmarem em nome das Singulares e associados individuais, assegurando-lhes condições de sua execução;
- c. definirem formas e valores dos repasses à Singulares e associados individuais dos resultados dos contratos federativos;
- d. decidirem as dissensões entre Singulares das respectivas áreas de ação, observado o disposto no art. 21 (§. 4);
- e. divulgarem informações técnicas de interesse das Singulares de sua área de ação;
- f. orientarem as Singulares na realização de auditorias administrativa, contábil e financeira;
- g. deliberarem sobre participação ou não, com ou sem ônus, em projetos confederativos;
- h. elaborarem projetos federativos em consonância com a respectiva Federação Interfederativa e com a Confederação;
- i. deliberarem sobre todos os assuntos de seu peculiar interesse.

III – das Federações Interfederativas:

- a. deliberarem sobre a admissão de Federações e Singulares e organizarem o quadro associativo e a forma de gestão;
- b. definirem formas e valores dos contratos interfederativos de prestação de assistência médica que firmarem em nome das Singulares e Federações, assegurando-lhes condições de sua execução;
- c. definirem formas e valores dos repasses às Singulares e Federações dos resultados dos contratos interfederativos;
- d. definirem as dimensões entre Singulares de Federações diferentes e entre Federações das respectivas áreas de ação, observado o disposto no art. 21 (§4)
- e. divulgarem informações técnicas de interesse das Federações e Singulares de sua área de ação;
- f. auxiliarem as Federações de sua área de ação na orientação às Singulares de realização de auditorias administrativa, contábil e financeira;
- g. deliberarem sobre participação ou não, com ou sem ônus, em projetos conderativos;

- h. elaborarem projetos interfederativos em consonância com a Condeferação;
- i. deliberarem sobre todos os assuntos de seu peculiar interesse.

IV – da Confederação:

- a. o comando político do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED;
- b. deliberar sobre a admissão de Federações e Federações Interfederativas e organizar o quadro associativo e a forma de gestão;
- c. definir formas e valores, para o intercâmbio, no primeiro caso, e para a execução, no segundo caso, dos contratos nacionais e confederativos de prestação de assistência médica que firmar em nome das Singulares, Federações e Federações Interfederativas, assegurando-lhes condições de sua execução;
- d. definir formas e valores dos repasses às Singulares, Federações e Federações Interfederativas dos resultados dos contratos confederativos;
- e. elaborar projetos confederativos, nacionais, regionais ou locais, com ou sem ônus para Singulares, Federações e Federações Interfederativas;
- f. divulgar informações técnicas de interesse de todas as cooperativas do SISTEMA UNIMED;
- g. elaborar manuais de auditorias administrativa, contábil e financeira;
- h. deliberar sobre todos os assuntos de seu peculiar interesse.

§1º É vedado às Federações, Federações Interfederativas e Confederação firmar contratos federativos e confederativos com pessoas jurídicas que já mantenham contratos com Singulares, Federações ou Federações Interfederativas, sem prévia negociação com essas cooperativas.

§2º Se não houver conveniência para as Singulares, Federações ou Federações Interfederativas em participar do contrato federativo ou confederativo, ele poderá ser firmado com sua exclusão, operando-se os recíprocos atendimentos entre elas e as demais cooperativas pelas normas do intercâmbio.

Seção III
Dos deveres

Art. 10 São deveres constitucionais, sem prejuízo dos estatutários:

I – das Singulares:

- a. prestarem à Confederação e às respectivas Federações Interfederativas e Federação, nos prazos que lhes forem assinados, todas as informações de interesse do Sistema que lhes forem solicitadas;
- b. cumprirem as normas e as deliberações suas e da Federação e Federação Interfederativa respectivas ou da Confederação decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO;
- c. respeitarem, as normas e as deliberações das demais Federações Interfederativas, Federações e Singulares de todo o Brasil decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO;
- d. darem execução, por intermédio dos cooperados, aos contratos federativos, interfederativos, confederativos e nacionais;
- e. atenderem os usuários das demais cooperativas pelo intercâmbio, salvo expressa manifestação em contrário da cooperativa de origem.

II – das Federações:

- a. prestarem à Confederação e à Federação Interfederativa respectiva, no prazo que lhes for assinado, e às Singulares de sua área de ação, no prazo estatutário ou convencionado, todas as informações, de qualquer natureza, que lhes forem solicitadas;
- b. cumprirem as normas e as deliberações suas e da Federação Interfederativa, respectiva ou da Confederação decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO;
- c. respeitarem as normas e as deliberações das Singulares e das demais Federações e Federações Interfederativas de todo o Brasil decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO.

III – das Federações Interfederativas:

- a. prestarem à Confederação, no prazo que lhes for assinado, e às Federações e Singulares de sua área de ação, no prazo estatutário ou convencionado, todas as informações, de qualquer natureza, que lhes forem solicitadas;
- b. cumprirem as normas e as deliberações suas e da confederação decorrentes do exercício dos direitos nesta CONSTITUIÇÃO;
- c. respeitarem as normas e as deliberações das Singulares, Federações e demais Federações Interfederativas de todo o Brasil decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO;

IV – da Confederação:

- a. prestar à Federação Interfederativas e às Federações, no prazo estatutário ou convencionado, e às Singulares, no prazo convencionado, todas as informações, de qualquer natureza, que lhes forem solicitadas;
- b. cumprir suas normas e deliberações;
- c. respeitar as normas e as deliberações das Federações Interfederativas, Federações e Singulares decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO.

V – de todas as cooperativas do SISTEMA UNIMED:

- a. guardarem sigilo de todas as informações de que disponham ou venham a dispor sobre todas as sociedades integrantes do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED, ressalvada a expressa autorização de sua divulgação;
- b. cumprirem as normas derivadas elaboradas pelo FÓRUM UNIMED e cumprirem e observarem suas decisões, nos termos do TÍTULO III;
- c. colaborarem reciprocamente e com as demais sociedades integrantes do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED;
- d. respeitarem a área de ação das demais cooperativas;
- e. cumprirem os compromissos, pecuniários ou não, dos projetos nacionais, regionais ou locais a que tenham aderido;
- f. absterem-se de, sem prejuízo da garantia fundamental da Constituição da República de acesso ao Poder Judiciário e ressalvados os institutos jurídicos da prescrição e decadência e o esgotamento dos meios

negociais e decisórios previstos nesta CONSTITUIÇÃO, intentar contra quaisquer sociedades do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED:

- 1 – cobranças judiciais e protestos de títulos;
- 2 – quaisquer outras medidas judiciais;
- g. não tornarem públicas, por quaisquer meios, dissensões com quaisquer sociedades integrantes do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED.

CAPÍTULO II DO SISTEMA UNICRED

Seção I Da organização

Art. 11 As cooperativas de economia e crédito mútuo do SISTEMA UNICRED são:

I – Singulares, destinadas à prestação de serviços aos cooperados:

- a. constituídas por médicos, pelos empregados das próprias Singulares, por cooperativas singulares integradas por médicos e, excepcionalmente, por pessoas jurídicas conceituadas pela legislação vigente como micro e pequenas empresas, que tenham por objetivo as mesmas ou correlatas atividades econômicas das pessoas físicas, ou ainda por pessoas jurídicas sem fins lucrativos, cujos sócios também integrem as Singulares;
- b. com área de ação em um ou mais municípios, referidos expressamente no estatuto.

II – Centrais, destinadas à prestação de serviços às Singulares e a seus cooperados:

- a. constituídas por Singulares;
- b. com área de ação referida expressamente no estatuto.

III – Confederação, destinada à prestação de serviços a suas filiadas, às Centrais e às Singulares e a seus cooperados, constituída por todas as Centrais e pelas filiadas estatutárias e com área de ação em todo o território brasileiro.

§1º A admissão de associados e cooperativas e a realização de negócios limitam-se à área de ação expressamente referida no estatuto.

§2º Nenhuma cooperativa terá área de ação coincidente, no todo ou em parte, com a de outra pessoa.

§3º As cooperativas Singulares filiar-se-ão à Central em cuja área de ação se situem.

§4º É vedado às Centrais aceitarem filiação de cooperativa Singular dissidente de outra.

§5º A criação de Singular UNICRED só se dará em municípios da área de ação de Singular UNIMED, sob sua supervisão no ato de criação e com sua participação.

Seção II Dos direitos

Art. 12 Observada a respectiva área de ação e atendidos os princípios e normas desta Constituição, são direitos:

I – das Singulares:

- a. deliberarem sobre a admissão de cooperados e organizarem o quadro associativo e a forma de gestão;
- b. deliberarem sobre a participação ou não, com ou sem ônus, em projetos das Centrais ou da Confederação;
- c. deliberarem sobre todos os assuntos de seu peculiar interesse.

II – das Centrais:

- a. deliberarem sobre a admissão de Singulares e organizarem o quadro associativo e a forma de gestão;
- b. decidirem sobre participação entre Singulares das respectivas áreas de ação, observado o disposto no art. 21 (§4)

- c. deliberarem sobre participação ou não, com ou sem ônus, em projetos confederativos;
- d. deliberarem sobre todos os assuntos de seu peculiar interesse.

III – da Confederação:

- a. a comando político do Sistema UNICRED;
- b. deliberar sobre a admissão de filiadas e organizar o quadro associativo e a forma de gestão;
- c. elaborar projetos confederativos, nacionais, regionais ou locais, com ou sem ônus para Singulares e Centrais;
- d. deliberar sobre todos os assuntos de seu peculiar interesse.

Seção III

Dos deveres

Art. 13 São deveres constitucionais, sem prejuízo dos estatutários:

I – das Singulares:

- a. prestarem à Confederação e às Centrais respectivas, nos prazos que lhes forem assinados, todas as informações de interesse do Sistema que lhes forem solicitadas;
- b. cumprirem as normas e as deliberações suas e das Centrais respectivas ou da Confederação decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO;
- c. respeitarem as normas e as deliberações das demais Centrais e Singulares de todo o Brasil decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO;

II – das Centrais:

- a. prestarem à Confederação, no prazo que lhes for assinado, e às Singulares de sua área de ação, no prazo estatutário ou convencionado, todas as informações, de qualquer natureza, que lhes forem solicitadas;
- b. cumprirem as normas e as deliberações suas e da Confederação decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO;

- c. respeitarem as normas e as deliberações das Singulares e das demais Centrais de todo o Brasil decorrentes do exercício dos direitos previsto nesta CONSTITUIÇÃO;

III – da Confederação:

- a. prestar às filiadas, no prazo estatutário ou convencionado, e às Singulares, no prazo convencionado, todas as informações, de qualquer natureza, que lhe forem solicitadas;
- b. cumprir suas normas e deliberações;
- c. respeitar as normas e as deliberações das Centrais e das Singulares decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO.

IV – de todas as cooperativas do SISTEMA UNICRED:

- a. guardarem sigilo de todas as informações de que disponham ou venham a dispor sobre todas as sociedades integrantes do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED, ressalvada a expressa autorização de sua divulgação;
- b. cumprirem as normas derivadas elaboradas pelo FORUM UNIMED e cumprirem e observarem suas decisões, nos termos do TÍTULO III;
- c. colaborarem reciprocamente e com as demais sociedades integrantes do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED;
- d. cumprirem os compromissos, pecuniários ou não, dos projetos nacionais, regionais ou locais a que tenham aderido;
- e. absterem-se de, sem prejuízo da garantia fundamental da Constituição da República de acesso ao Poder Judiciário e ressalvados os institutos jurídicos da prescrição e decadência e o esgotamento dos meios negociais e decisórios previstos nesta CONSTITUIÇÃO, intentar contar quaisquer sociedades do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED:
 - 1 – cobranças judiciais e protestos de títulos;
 - 2 – quaisquer outras medidas judiciais;
- f. não tornarem públicas, pro quaisquer meios, dissensões com quaisquer sociedades integrantes do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED.

Art. 14 O dever de prestar informações das alíneas 'a' dos incisos I, I e II do artigo 13 encontra limite no dever da alínea 'a' do inciso IV do mesmo artigo 13 e não inclui informações das operações de investidores, sobre as quais as cooperativas deve manter sigilo.

CAPÍTULO III DO SISTEMA EMPRESARIAL UNIMED

Art. 15 As sociedades integrantes do SISTEMA EMPRESARIAL UNIMED organizam-se pela forma jurídica compatível com seus afins.

Art. 16 O controle das sociedades com fins econômicos, com ou sem fins lucrativos, integrantes do SISTEMA EMPRESARIAL UNIMED deverá ser sempre de uma ou mais cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED e de uma ou mais cooperativas USIMED que as constituírem ou a elas se filiarem e fará:

I – diretamente ou

II – por intermédio de outra sociedade do SISTEMA EMPRESARIAL UNIMED que essas cooperativas já controlam

Art. 17 A direção das sociedades do SISTEMA EMPRESARIAL UNIMED será exercida, sempre que não houver impedimento legal, por médicos cooperados do SISTEMA UNIMED.

Art. 18 As cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED e as cooperativas USIMED poderão, por deliberação própria, participar de sociedades não integrantes do SISTEMA EMPRESARIAL UNIMED observada, nessa hipótese, a regulamentação por norma derivada do uso dos nomes e das marcas UNIMED, UNICRED E USIMED

TÍTULO III

DO FORUM UNIMED

CAPÍTULO I DOS OBJETIVOS

Art. 19 A competência deferida neste TÍTULO ao FÓRUM UNIMED tem por objetivos:

I – preservar os princípios do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED;

II – manter:

- a. a integridade dos SISTEMAS e
- b. a harmonia entre as sociedades que os compõem;

III – garantir ações integradas

Par. único O FÓRUM UNIMED elaborará regulamento, que se inclui em sua competência normativa, das atividades deste TÍTULO.

CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO

Art. 20 O FÓRUM UNIMED compõe-se de todos os membros do Conselho de Administração da UNIMED DO BRASIL – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, com os direitos de voz e voto previstos no estatuto dessa CONFEDERAÇÃO, ressalvado o disposto no parágrafo único deste artigo.

Par. único Sempre que a norma derivada em elaboração ou a questão sob decisão versar sobre assunto específico do Sistema UNICRED ou relativo às cooperativas USIMED, o Diretor responsável pela área respectiva terá direito de voto.

CAPÍTULO III DA COMPETÊNCIA

Seção I
Normativa

Art. 21 Compete ao FÓRUM UNIMED elaborar regulamentos sobre os seguintes assuntos, que não se consideram do peculiar interesse das Singulares, Federações e Federações Interfederativas do SISTEMA UNIMED, das Singulares, Centrais e Confederação do SISTEMA UNICRED e das cooperativas USIMED:

I – uso do nome e marcas UNIMED, UNICRED E USIMED e de outros nomes e marcas de cooperativas ou sociedades integrantes do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED.

II – assuntos internacionais, de qualquer natureza;

III – tributos e contribuições sociais, federais, estaduais ou municipais;

IV – Plano de Extensão Assistencial – PEA;

V – intercâmbio nacional;

VI – Centro de Estudos Unimed;

VII – uniformização nacional de procedimentos e rotinas;

VIII – relacionamento intercooperativo nacional;

IX – relacionamento não associativo das cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED e das cooperativas USIMED com empresas do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED;

X – participação das cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED e das cooperativas USIMED em sociedades, cooperativas ou não, em que se envolvam por qualquer forma o nome e as marcas UNIMED, UNICRED e USIMED e outros nomes e

marcas de cooperativas ou sociedades integrantes do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED;

XI - dissensões de qualquer natureza entre as cooperativas de quaisquer graus (§4 deste artigo);

XII – quaisquer outros assuntos incluídos em rol que obedeça à mesma elaboração da regulamentação prevista neste artigo.

§1º Os regulamentos de que trata este artigo são normas derivadas (Art. 1º, §1), compõem com esta CONSTITUIÇÃO complexo normativo e têm cogência igual à dela.

§2º A falta de regulamentação de qualquer assunto deste artigo implicará em que a cooperativa interessada estabeleça com o FÓRUM UNIMED, por intermédio da Federação ou Central respectiva, se for Singular dos SISTEMAS UNIMED E UNICRED e se essa intermediação não for incompatível com o assunto, ou diretamente, se for Singular USIMED, a forma de atendimento a seus interesses.

§3º As questões decorrentes da regulamentação dos assuntos deste artigo serão decididas, observadas as disposições da seção II deste capítulo, pelo FÓRUM UNIMED.

§4º O regulamento do assunto do inciso XI deste artigo não poderá subtrair às Federações ou Federações Interfederativas e às Centrais a competência originária para decisão da dissensão entre Singulares ou Federações, conforme o caso, de sua área de ação (alínea ‘d’ do inciso II e alínea “d” do inciso III do artigo 9º e alínea “b” do inciso II do Art. 12).

Seção II

Decisória

Art. 22 Compete ao FÓRUM UNIMED decidir quaisquer divergências internas do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED e suas decisões:

I – obrigam as partes envolvidas;

II – exigem observância por todas as sociedades integrantes do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED.

Par. único A responsabilização e a imposição de penas de que trata o TÍTULO IV não esgota a competência decisória do FÓRUM UNIMED, que poderá impor obrigações de dar, fazer e não fazer.

Art. 23 As decisões do FÓRUM UNIMED limitam-se pelos princípios gerais de direito, pela lei, por esta CONSTITUIÇÃO e pelas normas derivadas que a regulamentam.

Art. 24 Na consecução dos objetivos do art. 19, o FÓRUM UNIMED poderá decidir além e fora do pedido.

Par. único Nas hipóteses deste artigo, a parte interessada, sem prejuízo do direito de recurso, poderá requerer novo julgamento, oferecendo razões e produzindo provas para elidir os fundamentos da decisão.

Art. 25 A competência do artigo 22 não elide as competências contratuais das sociedades integrantes do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED em suas relações societárias com os associados e nas relações societárias dos associados entre si.

Art. 26 Têm legitimidade para postular ao FÓRUM UNIMED:

I – como requerente:

- a. qualquer sociedade integrante do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED;
- b. qualquer cooperado do SISTEMA UNIMED.

II – como requerida, qualquer cooperativa ou sociedade integrante do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED.

Par. único. A postulação inicial se fará por escrito e conterá descrição dos fatos, fundamentação e pedido.

Art. 27 São princípios das atividades do FÓRUM UNIMED, disciplinadas nesta seção:

I – o contraditório;

II – a ampla defesa, com os meios de prova a ela inerentes;

Par. único. As despesas com as provas serão custeadas:

I – por quem as queira produzir;

II – pelo requerente, quando as provas houverem de ser produzidas por deliberação de ofício do FÓRUM UNIMED.

Art. 28 O FÓRUM UNIMED poderá instituir comissões de instrução processual, integradas por cooperados do SISTEMA UNIMED, e valer-se de assessoria técnica, a cujas conclusões não estará adstrito nas decisões.

Art. 29 Das decisões do FÓRUM UNIMED caberá recurso à ASSEMBLÉIA GERAL da UNIMED DO BRASIL – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, interponível em 15 (quinze) dias contados da ciência da decisão.

Par. único. Compete à Diretoria Executiva da UNIMED DO BRASIL – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, decidir, em cada caso, em quais efeitos o recurso de que trata este artigo será recebido.

TÍTULO IV DAS RESPONSABILIDADES E PENAS

Art. 30 A infração de quaisquer deveres desta CONSTITUIÇÃO ou de normas derivadas implica na responsabilização da sociedade infratora por perdas e danos a que der causa, em favor da sociedade prejudicada.

Art. 31 Independentemente da responsabilização do artigo anterior, as cooperativas dos SISTEMAS UNIME e UNICRED e as cooperativas USIMED sujeitam-se às penas previstas em norma derivada elaborada na foram do artigo 21.

Art. 32 A responsabilização e a imposição das penas de que trata este título serão de competência do FÓRUM UNIMED (TÍTULO III), sem prejuízo de a sociedade interessada, na hipótese de recusa de cumprimento da decisão, ingressar com a ação própria (Art. 10, V, f e art. 13, IV,e).

TÍTULO V DA PLENÁRIA NACIONAL CONSTITUINTE

Art. 33 A PLENÁRIA NACIONAL CONSTITUINTE é integrada por todas as cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED e as cooperativas USIMED e reunir-se-á, sempre que houver proposta de alteração desta CONSTITUIÇÃO, na Convenção Nacional UNIMED.

Art. 34 É da exclusiva competência da PLENÁRIA NACIONAL CONSTITUINTE a alteração desta CONSTITUIÇÃO, que só se dará com a presença mínima de 50% (cinquenta por cento) dos representantes-delegados com direitos a voto e pelo voto da maioria absoluta dos representantes-delegados presentes, mediante proposta subscrita por no mínimo 1/5 (um quinto) do conjunto de cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED e das cooperativas USIMED, da qual conste na íntegra a nova redação dos dispositivos alterados.

Art. 35 A proposta de alteração deverá ser entregue na UNIMED DO BRASIL – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE COOPERATIVAS MÉDICAS até 180 (cento e oitenta) dias antes da data de início da Convenção Nacional em que deva ser analisada.

Par. único. A UNIMED DO BRASIL – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS providenciará para que, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias em relação à data de início da Convenção, as cooperativas com voto na PLENÁRIA NACIONAL CONSTITUINTE recebam a íntegra da proposta, acompanhada de parecer não vinculativo que dará sobre ela.

Art. 36 A alteração desta CONSTITUIÇÃO, salvo dispositivo em contrário, entrará em vigor na data da aprovação.

TÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 37 As atuais cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED, as cooperativas USIMED e as sociedades do SISTEMA EMPRESARIAL UNIMED aderirão à CONSTITUIÇÃO a partir da promulgação.

Art. 38 As cooperativas que pretenderem integrar os SISTEMAS UNIMED e UNICRED e o conjunto das cooperativas USIMED e as sociedades que vierem a integrar o SISTEMA EMPRESARIAL UNIMED firmarão documento solene de adesão a esta CONSTITUIÇÃO.

Par. único A adesão a esta CONSTITUIÇÃO é condição inderrogável para a outorga às novas cooperativas do direito de uso dos nomes e marcas UNIMED, UNICRED e USIMED e dos demais nomes e marcas das cooperativas ou sociedades integrantes do SISTEMA EMPRESARIAL UNIMED.

Art. 39 A todas as cooperativas que aderirem a esta CONSTITUIÇÃO será fornecida CARTA CONSTITUTIVA, firmada pelo Presidente da UNIMED DO BRASIL – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, e nas hipóteses de cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED, pelos Presidentes da Federação ou Central e da Federação Interfederativa respectivas.

Art. 40 As cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED e as cooperativas USIMED, sem prejuízo da adesão de que trata o art. 37, adaptarão os

estatutos a esta CONSTITUIÇÃO em 180 (cento e oitenta) dias contados da data de adesão.

Art. 41 OS atuais regulamentos da UNIMED DO BRASIL – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, até nova regulamentação de cada assunto nos termos do art. 21, continuarão vigendo como normas derivadas.