



(5)

ESTUDO EXPLORATÓRIO
EM ALGUMAS EMPRESAS DE MEDICINA DE GRUPO
NA CIDADE DE SÃO PAULO: FORMAS DE ATUAÇÃO
NO MERCADO EMPRESARIAL.

Banca examinadora

Profa. Orientadora: Dra. Ana Maria Malik

Prof. Dr. Djair Picchiai

Prof. Dr. Wolfgang Schoeps

"Na emoção a saudade
Na saudade a lembrança
Na lembrança uma emoção"

À Família Flores Diniz.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

DENISE MARIA FLORES DINIZ

ESTUDO EXPLORATÓRIO EM ALGUMAS
EMPRESAS DE MEDICINA DE GRUPO NA CIDADE DE SÃO
PAULO: FORMAS DE ATUAÇÃO NO MERCADO EMPRESARIAL.

Dissertação apresentada ao Curso
de Pós-Graduação da FGV/EAESP.
Área de Concentração: Administração
Hospitalar e Sistema de Saúde como
requisito para obtenção de título de
de mestre em Administração.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Malik

SÃO PAULO

1997



Fundação Getúlio Vargas
Escola de Administração
de Empresas de São Paulo
Biblioteca



679/97



1199700679

AGRADECIMENTOS

Ao meu Pai Ely e minha Mãe Dolores que foram os primeiros a dar-me todo o apoio e confiança quando resolvi "sair de casa e vir morar em São Paulo".

À Ana Maria Malik pela sua compreensão, carinho e seriedade profissional que contribui não só para meu crescimento profissional como para meu crescimento pessoal.

Ao meu Padrinho Nelson e Madrinha Gladys, com os quais morei, com os quais almoço quase todo final de semana e o quais sempre estarão morando no meu coração.

À Doris pela sua companhia fiel e alegre, seus "papos" viajantes sobre dimensões esquecidas e seu exemplo de força e coragem para vencer.

À Véra pela sua espontaneidade, carinho e disposição para ouvir e ajudar-me, realmente participante, com entusiasmo e verdade.

À Sandra sempre presente e amiga. Eu sempre digo à Sandra que carioca é sempre agradável se, logicamente tiver algum mineiro por perto.

Ao Delane sempre prestativo e disposto para nossos passeios de final de semana para fazermos "supermercado", além das 04 mudanças de casa que ele muito me ajudou.

Ao Dr. Nelson Matioli, humano e sincero naquilo que acredita e aposta.

À Ana Maria Gonçalves pelo apoio e amizade nos momentos difíceis como o de "onde morar" nesta cidade.

Aos funcionários da Biblioteca sempre solícitos e prestativos.

A todos os amigos e amigas que direta ou indiretamente acompanharam e contribuíram, apoiando-me e encorajando-me neste caminho acadêmico.

À Coordenação de Aperfeiçoamento do Ensino Superior -CAPES- pela confiança em mim depositada.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| APRESENTAÇÃO | 1 |
| 1 - INTRODUÇÃO | 5 |
| 1.1 - O Mercado de Assistência Médica Supletiva | 7 |
| 2 - OBJETIVO | 14 |
| 2.1 - Objetivo Geral | 15 |
| 2.2 - Objetivo Específico | 16 |
| 3 - ALGUNS ASPECTOS DO SETOR SAÚDE | 17 |
| 3.1 - Panorama Geral | 17 |
| 3.2 - Setor Público e Privado | 20 |
| 4 - SURGIMENTO DAS EMG'S | 28 |
| 4.1 - Estados Unidos | 28 |
| 4.2 - Brasil | 31 |
| 5 - REGULAMENTAÇÃO DAS EMG'S | 34 |
| 5.1 - Abrangência | 37 |
| 6 - OBJETO DE ESTUDO | 39 |
| 6.1 - Evolução das Emg's por População Coberta | 39 |
| 6.2 - Posicionamento no Mercado | 44 |
| 6.3 - Quando o Convênio da Empresa é uma Emg | 48 |
| 7 - PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO | 55 |

| | |
|--|----------------|
| 8 - METODOLOGIA | 69 |
| 8.1 - Fonte do Estudo Empírico | 69 |
| 8.2 - Delimitação do estudo | 70 |
| 8.3 - Caracterização do Universo | 71 |
| 8.4 - Definição da Amostra | 73 |
| 8.5 - O Instrumento de Coleta de Dados | 76 |
| 8.6 - O Modelo de Análise | 77 |
| 9 - RESULTADOS DA PESQUISA | 79 |
| 9.1 - Outros Órgãos Atentos às Emg's | 90 |
| 10 - CONSIDERAÇÕES FINAIS | 92 |
| 11- ANEXOS | 98 |
| 12- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA | 103 |

APRESENTAÇÃO

Este trabalho tem como objeto de estudo as Empresas de Medicina de Grupo (Emg's). Por extensão, o estudo considera seu surgimento, posição no sistema de saúde, regulamentação e outros aspectos não menos importantes que evidenciam a forte representatividade dessas organizações no mercado.

A idéia central do trabalho é tentar conciliar com a teoria a forma como essas organizações vêm atuando num mercado onde a concorrência estimula adaptações e formas de atuação que possam levar a empresa a novos posicionamentos frente ao mercado. Em última instância, a intenção é verificar a presença de ferramentas da teoria do planejamento estratégico na sua dinâmica organizacional. Para isto foi desenhada uma pesquisa empírica.

Na *Introdução* falamos de forma abrangente sobre o *Sistema de Saúde* no Brasil abordando as possíveis modalidades de gestão praticadas pelo chamado Mercado de Medicina Privada Supletiva ou Assistência Médica Supletiva (AMS), do qual as Emg's fazem parte, destacando as principais características desses modelos, para posterior análise específica das mesmas.

Na *Segunda parte* esclarecemos o nosso *Objetivo* com este trabalho. Na verdade, pretende-se pesquisar e estudar as Empresas de Medicina de Grupo, situando e compreendendo essas organizações num contexto empresarial. Buscou-se evidenciar características e aspectos organizacionais de gestão que possam traduzir possíveis estratégias empresariais. O período estudado vai da década de 80 ao início da década de 90, com base na teoria do pensamento estratégico e situa as diferentes escolas existentes a respeito do mesmo.

Na *Terceira parte* são tratados *Alguns Aspectos do Setor Saúde* relacionados a temas políticos, sociais e econômicos ocorridos no período de focalização do objeto tratado. Apresenta-se aspectos que têm profunda relação com uma série de acontecimentos e fatos oriundos na dinâmica do setor saúde, e por conseguinte, no segmento de Assistência Médica Supletiva.

No *Quarta parte* tratamos do *Surgimento das Empresas de Medicina de Grupo*. É importante mencionar a priori que o material disponível sobre tal assunto não é muito vasto, mesmo que tenhamos tentado abordar essas organizações no contexto Brasil e Estados Unidos.

Na *Quinta parte* achamos oportuno comentar aspectos com relação à *Regulamentação das Emg's*. Sabemos que a falta de regulamentação (por

parte do governo) vem trazendo problemas, principalmente para o associado, que não tem um respaldo legal quando diante de algum impasse contratual junto às Emg's, ficando à mercê das mesmas.

Na *Sexta parte* situamos o leitor quanto ao *Objeto de Estudo*: define-se as Emg's, por meio de dados gerais sobre as mesmas, de maneira a delinear características, evolução, posicionamento no mercado quanto a número de associados entre outros.

Na *Sétima parte* temos *Planejamento Estratégico* onde abordamos a teoria do pensamento estratégico, buscando elementos que subsidiem a construção e análise do trabalho.

Na *Oitava parte* descrevemos a *Metodologia* utilizada para a construção da pesquisa de campo realizada para este trabalho. Abordamos aspectos relevantes da coleta de dados e informações tanto para a parte de bibliografia quanto para a parte de pesquisa de campo.

Na *Nona parte* descrevemos os *Resultados da Pesquisa de Campo*, fazendo uma análise dos mesmos relacionados à teoria do pensamento estratégico.

Na *Décima parte* tecemos algumas *Considerações Finais* que achamos pertinentes com relação a uma série de informações a respeito deste segmento de mercado bastante desconhecido, pelo menos por parte do universo acadêmico e mesmo empresarial.

1 - INTRODUÇÃO

O sistema de assistência à saúde brasileiro é constituído por uma complexa rede de prestadores e financiadores que competem entre si e se complementam.

Este sistema pode ser dividido em público e privado. O setor público estatal compreende os prestadores de serviços públicos em todos os níveis de governo, tendo no Sistema Único de Saúde, SUS, sua principal fonte financiadora. Os prestadores de serviços do setor privado são classificados em dois grupos: os com finalidade lucrativa, que têm como fontes financiadoras, principalmente, os convênios médicos, os próprios pacientes e, por vezes, o próprio SUS; e os sem fins lucrativos, financiados por entidades da sociedade civil, além do SUS e também os convênio em menor proporção.

"A política de saúde concretiza-se pela sua implementação através de instituições e serviços de saúde. Por outro lado, essas diferentes organizações, se consideradas do ponto de vista de sua finalidade, podem constituir-se em entidades de caráter público, quando objetivam um retorno social; e de caráter privado, quando perseguem o lucro financeiro em troca de um investimento realizado. Deste modo, as instituições privadas sem fins lucrativos têm sido consideradas, em grande parte, de caráter público."¹

Podemos, assim, falar que se trata dos públicos não estatais.

¹ - FELICIELLO, Domenico. Modelos Assistenciais e Política de Saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.2, 1992. p.70.

O setor privado de atenção à saúde detém no Brasil quase metade da estrutura de atenção ambulatorial e mais de 3/4 da estrutura hospitalar do país, sendo impossível pensar em qualquer sistema de saúde, mesmo orientado pelo setor público, que desconsidere esse fato em sua estratégia de cobertura assistencial.²

Acreditamos que, dada a diferença sócio-econômica entre as diferentes regiões do Brasil, a afirmação de André Médici deva ser válida, principalmente, nos grandes centros urbanos, onde observamos forte presença do setor privado na assistência à saúde.

Na década de 70 houve o ingresso maciço de capital externo na economia e presenciou-se um crescimento real do número de hospitais particulares, especificamente os de finalidade lucrativa. Neste período o governo, através de instrumentos legais, incentivou convênios entre empresas/indústrias e grupos médicos donos de hospitais.³

O fato é que nesse período, tendo relação direta ou não com as políticas governamentais, houve um incremento desses grupos médicos, conhecidos como Empresas de Medicina de Grupo (Emg's) nos moldes das empresas médicas nos Estados Unidos, citadas mais adiante. É oportuno destacar, sem entrar no mérito da questão, que as Emg's surgem como um fenômeno típico de grandes centros, locais de grande concentração de empresas e indústrias. O estado de São Paulo, responsável por

² - MÉDICI, André C. *O Setor Privado Prestador de Serviços de Saúde no Brasil: Dimensão, Estrutura e Funcionamento*. Relatórios Técnicos. Rio de Janeiro : ENCE/IBGE, 1990. p.2. mimeo.

³ - GONÇALVES, Ernesto. L. (org.). *Administração de Saúde no Brasil*. São Paulo : Pioneira, 1982. p.181.

aproximadamente 50% da receita tributária arrecadada pela União, é onde surgiram as primeiras Emg's.⁴

1.1 - O Mercado de Assistência Médica Supletiva

Os modelos que compõem o mercado de Assistência Médica Supletiva estão desenhados segundo formas diferenciadas de acesso e formas diferenciadas de gestão.

Quando falamos em Modelos Assistenciais estamos nos referindo às formas praticadas pelas empresas de medicina supletiva no sentido de oferecer acesso, permitir o uso e facilitar ou não a escolha dos serviços de saúde por parte dos beneficiários.

Quando falamos em Modelos de Gestão estamos designando a forma de administração do sistema de assistência médica praticado pelas instituições que oferecem seus serviços na assistência à saúde.

Os dois modelos são estruturados conforme diferentes características apresentadas no mercado supletivo. Resumidamente apresentamos um esquema (Quadro 1) desses modelos, conforme caracterizados por Cristiana Checchia⁵.

⁴ - A GRANDE Alternativa. *Revista Medicina Social*, São Paulo : Abramge, maio 1990. p.4.

⁵ - CHECCHIA, Cristiana M. de A. *Assistência Médica Como Um Benefício nas Empresas. Um Estudo em Organizações de Grande Porte da Cidade de São Paulo*. São Paulo : EAESP/FGV, 1996. Dissertação de Mestrado.

Esquemáticamente temos:

QUADRO 1

Modelos Assistenciais e de Gestão praticados pelo Mercado Supletivo.

| | | |
|---------|---|--|
| Modelos | <p>Assistenciais: formas de acesso, uso e escolha dos serviços de saúde oferecidos aos usuários de diferentes planos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • direcionamento: usuário tem uma "guia" ou "senha" para receber o serviço médico que necessita. Essa "guia" tem função de designar o prestador do serviço ou autorizar o usuário a utilizar do serviço. O pagamento ao prestador é através da empresa médica que o emprega ou credencia. Tem função de conter a utilização, minimização de custos. • livre escolha dirigida: rede de serviços médicos credenciado ao usuário contidos num "livreto". Não há desembolso pelo usuário no ato. O pagamento ao prestador é de acordo com valores acordados previamente proporcional à produção ou salário do usuário. • livre escolha total: não há restrição por parte do prestador de serviço. Há desembolso no ato pelo usuário e posterior desembolso, total ou parcial, pela empresa que assume o risco do "sinistro". Há casos de não haver desembolso no ato, isso acontece quando o prestador escolhido do usuário faz parte da rede credenciada, havendo misto de livre escolha dirigida e livre escolha total. • referenciamento: há um acordo de fixação de preços a serem praticados entre prestadores de serviços e a empresa que o "referencia". O prestador é remunerado pelo valor pré-acordado e em contrapartida tem seu nome "recomendado" aos usuários, já que constará da lista de prestadores de serviços referenciados, potencialmente aumenta sua clientela. |
| | <p>Gestão: formas de administração praticadas e que admitem diferentes tipos de financiamento do sistema de assistência médica, que podem classificar-se em função da "localização do risco" do plano.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se assumido pela organização empregadora tem-se um modelo "auto-segurado" (custo operacional/cost-plus/pós-pgto) - se assumido pela instituição médica ou seguradora, o financiamento é tipo segurado/pré-pgto. | <ul style="list-style-type: none"> • medicina de grupo (pré-pagto) • cooperativa médica (pré-pagto) • condomínio (pré-pagto) • seguro saúde (pré-pagto) • auto-gestão (pós-pagto) • planos de adm. (pré-pagto) |

Fonte: idem texto.

Assim, o foco de atenção do presente trabalho - as Emg's - fazem parte da classificação do Modelo de Gestão. Por isto, falaremos a seguir dos diferentes modelos de gestão que compõem o mercado de Assistência Médica Supletiva.

Nesta categoria temos:

-Empresas de Medicina de Grupo -Emg's-: modalidade de gestão que administra planos de saúde seja para pessoa física ou jurídica. Na maioria os contratos são celebrados com estas últimas, pessoas jurídicas. O associado tem à sua disposição uma estrutura de serviços médicos, hospitalares e laboratoriais próprios da Emg e/ou uma estrutura de serviços credenciada. O valor de pagamento pelo plano é determinado em função do grau de cobertura de eventos ou sofisticação do plano em função do padrão oferecido, de cálculos atuariais que levam em conta o risco de contração de enfermidades associado ao indivíduo ou ao grupo beneficiário do plano.⁶

O financiamento é do tipo "pré-pagamento" ou "segurado", o que caracteriza esta modalidade de assistência médica, e independe do grau de utilização dos serviços pelos beneficiários. O modelo assistencial de caracteriza por uma combinação entre livre escolha e direcionamento.

Ex: Amesp.

↓
também
entra o Refinanciamento

⁶ - MÉDICI, André C. *O Setor Privado...*p17.

da nova
regulamentação
não foi
suprimida

-Cooperativas Médicas: modalidade de gestão em que os médicos, além de prestadores de serviços, são também "sócios" cooperados, recebendo pagamentos na proporção dos atos médicos que realizam. De acordo com decisões em assembléia geral de cooperados, os resultados, quando positivos, de cada exercício podem ser destinados a finalidades de benefício social ou reinvestidos. Podem ter estrutura credenciada pela cooperativa, ou filiada à cooperativa ou ainda estrutura própria.

O financiamento desta modalidade se dá através do pré-pagamento. O modelo assistencial se caracteriza pela livre escolha dirigida.

Ex: Unimed.

-Seguro Saúde: modalidade de gestão em que os produtos oferecidos, em geral, por grandes bancos⁷ e também por seguradoras, garantem aos segurados serviços médicos, hospitalares e laboratoriais mediante o ressarcimento do valor pago pelo serviço utilizado. Essa condição é regulamentada por legislação⁸ própria que garante o "reembolso de despesas de assistência médica e/ou hospitalar."

Quanto ao modelo assistencial o associado tem livre escolha do hospital ou médico sendo esta uma condição obrigatória a todo Seguro Saúde.

⁷ - RODRIGUES, Francisca. Plano médico vira "isca" para recrutar. *Jornal Folha de São Paulo*, São Paulo, 24 abr. 1993.

⁸ - Decreto-Lei nº73, de 21 nov. 1967, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados.

Mas há casos de seguradoras que oferecem a opção de livre escolha dirigida.

Ex: Sul América.

-Auto Gestão: modalidade de gestão em que a assistência médica é administrada diretamente pela empresa patrocinadora, ou seja a empresa que banca o benefício da assistência médica, geralmente de grande porte, que pode manter um corpo médico credenciado que trabalhe em ambulatorios próprios na sede da empresa e hospitais credenciados, ou ainda ter seu sistema administrado por uma instituição assistencial e/ou previdenciária, diretamente vinculada à empresa patrocinadora.

São também conhecidos como *autoprogramas*⁹. Nesta modalidade há o envolvimento direto da empresa patrocinadora em todo o processo de elaboração e administração do sistema de saúde. São exclusivos para os funcionários e seus respectivos dependentes.

O financiamento é do tipo contributivo, onde o funcionário tem uma parcela de contribuição definida pela instituição.

Ex: Autolatina e Cabesp.

⁹ - CRC - Consultoria e Administração em Saúde. *Histórico da Expansão dos Auto Programas de Saúde*. São Paulo - SP, 1992. p.9. mimeo.

Há um modelo de gestão muito próximo do autoprograma que é o *Condomínio ou Associação de Empresas*. Neste “não existe a intermediação dos serviços médicos, além do fato dos equipamentos de saúde serem próprios das empresas associadas... e a administração dos serviços é independente das organizações que fazem parte do condomínio.”¹⁰

O financiamento do serviço se dá pelas empresas associadas e por funcionários, através de contribuições fixas, ou seja, tipo “pré-pagamento”. Há também uma combinação dos modelos assistenciais livre escolha dirigida e livre escolha total.

Ex.: Hosp. do Sepaco (Serviço Social de Indústria de Papel, Papelão e Cortiça do Estado de São Paulo).

-Planos de Administração: operam de forma semelhante à Autogestão, sendo que a diferença em relação à autogestão é que naquelas a administração do benefício fica a cargo de uma terceira empresa.

Ao serviço do Plano de Administração compete a implantação (cadastro de beneficiários, credenciamento dos serviços, emissão de documentação de identificação do usuário, etc.) e a operacionalização e controle do plano (processar contas, auditoria médica de contas, atualização de cadastros, interface usuário/serviço médico, etc.).¹¹ A empresa que contrata um Plano de Administração paga o custo dos

¹⁰ - CHECCHIA, Cristiana M. de A. *Assistência...* p.15.

¹¹ - idem... p.22.

serviços prestados mais uma Taxa de Administração, ou um valor fixo *per capita*.

Nesta modalidade de gestão há também uma combinação entre praticar livre escolha dirigida e livre escolha total.

Ex: CRC - Consultoria e Administração em Saúde.

2 - OBJETIVO

Alguns trabalhos discutem a forma pela qual as Emg's se originaram, investigando se o desenvolvimento das mesmas ocorreu como consequência de políticas governamentais ou como consequência da lógica de acumulação capitalista. De maneira geral, essas discussões têm como pano de fundo o prisma ideológico.

Este trabalho não aborda questões ideológicas. Sua finalidade é discutir as Emg's enquanto empresas privadas com finalidade lucrativa inseridas num mercado, em tese, empresarial.

Alguns autores, em geral, identificados com o setor público, definem as Emg's.

Cordeiro¹², presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) durante a Nova República (1986-88), ex-docente do Instituto de Medicina Social do Rio de Janeiro e ex-reitor da Universidade Estadual do Rio Janeiro (até 1994), salienta que o surgimento de empresas médicas não deve ser entendido como consequência linear das políticas previdenciárias, pois em sua dinâmica relativamente autônoma, tais empresas originaram-se de investimentos de médicos com prestígio e poder político inclusive nos centros de decisão dos aparelhos estatais de saúde, utilizando rendas obtidas na prática médica autônoma.

¹² - CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. *As Empresas Médicas: um estudo sobre as transformações capitalistas da prática médica no Brasil*. São Paulo : FM-USP, Tese de Doutorado, 1981.

Segundo Médici¹³, economista da saúde, ex-docente da Escola Nacional de Saúde Pública, ex-pesquisador do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Fundação para o Desempenho da Administração Pública (FUNDAP) e atual consultor do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o mercado de serviços privados de saúde, principalmente as Emg's, pode ser definido como o conjunto de práticas (concorrenciais, monopolistas, oligopolistas, etc.) voltadas para a administração de formas assistenciais e correlacionadas a um dado perfil de demanda por serviços de saúde que, mantidas por recursos governamentais ou não, destinam-se ao fornecimento dos mesmos para uma clientela específica de beneficiários. Percebe-se que é para esta clientela específica, basicamente de 70% de trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e 30% de planos familiares, que as ações e atitudes concretas das Emg's estão dirigidas.

2.1 - Objetivo Geral

O objetivo geral deste trabalho é o entendimento das Empresas de Medicina de Grupo num contexto empresarial, buscando evidenciar

¹³ - MÉDICI, A. C. *O Setor Privado...*p.19.

características e aspectos organizacionais de gestão que possam traduzir possíveis estratégias empresariais.

Dentro do período que compreende a década de 80 e início da década de 90, e com base na teoria do planejamento estratégico, situando diferentes escolas de pensamento estratégico existentes na área, procuramos posicionar a forma de atuação das Emg's na cidade de São Paulo.

2.2 - Objetivo Específico

Compreender a expansão das Empresas de Medicina de Grupo enquanto parte de um segmento expressivo: o segmento *Médico Assistencial Supletivo*. Investigar as possíveis ações e/ou atitudes dessas organizações, na cidade de São Paulo, com relação à gestão de suas atividades direcionadas a um mercado consumidor verificando se suas atividades podem ser consideradas como resultado de decisões estratégicas conscientemente tomadas.

3 - ALGUNS ASPECTOS DO SETOR SAÚDE

Nesta parte do trabalho traçamos um panorama geral do setor saúde desde a década de 70, a partir do quadro político, econômico e social, considerando aspectos relevantes tanto do setor público quanto privado.

Não será retomada detalhadamente a evolução do setor até os anos 20, pois sobre tal assunto, bastante discutido e divulgado há uma série de trabalhos publicados como o de José Carlos de S. Braga e Sérgio G. de Paula. Além do que é a partir da década de 70 que os setores de saúde público e privado começam demonstrar suas autonomias, buscando suas posições no mercado.

3.1 - Panorama Geral

O resgate de aspectos políticos e econômicos do Brasil mostra que, de forma geral, o Estado Brasileiro sempre apresentou alto grau de centralização político administrativa. O fortalecimento e alta participação do governo federal na vida econômica, política e social do país elucidam tal afirmação.

Marsiglia cita que "a experiência de governos populistas nas décadas de 50/60 que estariam direcionados a uma descentralização, foram sucumbidos por governos militares, que fortaleceram mais as estruturas centrais principalmente no nível federal da administração pública. Na década de 80, período de abertura e transição para a democracia, suscitavam descentralizações do Estado dado calorosos debates sobre cidadania, políticas de redistribuição e endividamento regional."¹⁴

Isto demonstra que durante a década de 80 a sociedade sinaliza um amadurecimento político, passando a intervir cada vez mais nas decisões de ordem social.

Mendes é bastante elucidativo quanto à evolução sócio-econômica e política do período, pois comenta que "a partir da metade da década de 70, com o fim do "milagre econômico", começou a delinear-se um quadro econômico marcado por dificuldades no panorama internacional e no quadro nacional. Tal realidade obriga a uma abertura política lenta e gradual que joga na arena política novos atores sociais, até então excluídos do processo de decisão das ações de governo e dispostos a lutar pelo resgate da imensa dívida social acumulada no período autoritário.

¹⁴ - MARSIGLIA, Regina M. G. Funcionário Público, Estado e Saúde no Brasil. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.2, n.1, 1993. p.93.

De outra parte, o modelo econômico concentrador articulava um conjunto de políticas sociais compensatórias dirigidas a grupos não integrados no processo de desenvolvimento econômico e social."¹⁵

Neste período o governo é obrigado a tomar atitudes face ao agravamento da questão social no país, concentrando esforços nessas áreas.

Para Marsiglia "O governo monta uma estratégia de intervenção social através dos Planos de Emergência para combate da fome, desemprego e miséria absoluta e dos Planos de Reformulação do sistema brasileiro de proteção social na área da previdência, saúde, habitação, educação..."¹⁶

Durante a década de 80 tem-se um quadro geral marcado por um modelo econômico concentrador de renda, onde o setor público está totalmente sucateado com poucos recursos financeiros. No que é relevante ao presente estudo, questões relacionadas à saúde, a assistência previdenciária está concentrada na rede privada, o complexo médico-hospitalar é praticamente financiado com recursos públicos e o segmento de Medicina Supletiva ainda não é tão expressivo.

A economia brasileira neste período está em permanente crise, dada a deterioração cambial, aceleração de inflação e recessão. No plano internacional havia problemas como o esgotamento da liquidez internacional, a dívida externa brasileira e o realinhamento dos blocos

¹⁵ - MENDES, Eugênio V. As Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 80: A Conformação de Reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia do Projeto NeoLiberal. In: MENDES, Eugênio V. (org.). *Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudanças das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. SP-RJ : Hucitec-Abrasco, 1993. p.26.

¹⁶ - MARSIGLIA, Regina M. G. Funcionário...p.96.

geopolíticos. Nesse sentido o Estado enfraqueceu ao mesmo tempo em que se abriram espaços a propostas neoliberais que conduziram a menor poder de atuação do Estado.

É dessa forma que se delineia o quadro, no âmbito geral, para o início dos anos 90.

3.2 - Setor Público e Privado

Até os anos 50, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) cumprem seu papel de prover assistência médica a trabalhadores de distintos ramos da atividade econômica e suas famílias. O setor privado fica reduzido praticamente às Santas Casas de Misericórdias, Entidades Benéficas e Filantrópicas.

Nos anos 60/70, com a unificação dos IAP's numa única instituição, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e posteriormente o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) houve uma mudança no padrão de atendimento dos serviços de saúde, prejudicando determinadas empresas e categorias de empregados que ofereciam serviços considerados da melhor qualidade, como é o caso dos bancários. Tal situação não foi provocada somente pela unificação onde os diferentes IAP's credenciavam-se a diferentes redes de hospitais e clínicas,

mas também pela extensão da assistência médica a todos os trabalhadores do mercado de trabalho formal, incorporando pessoas anteriormente não cobertas pelos antigos IAP's, sem a correspondente expansão da rede assistencial disponível.

Esta degradação dos serviços de saúde na órbita da previdência social contrastava com o novo padrão de industrialização que se instalou no Brasil, ao final dos anos 50. Baseado na indústria pesada, em setores estratégicos como bens de capital, eletro-eletrônica, siderurgia, automobilística e metal-mecânica, este padrão contava com grandes plantas industriais e exigia maior qualificação e proteção da força de trabalho.

O novo tipo de indústria instalado no Brasil demandava um padrão de eficiência nos serviços de saúde que o sistema estatal, através do INPS, não conseguia oferecer. O resultado do sistema em seus primeiros anos de funcionamento ficava refletido nas dificuldades ao acesso ambulatorial e na morosidade do atendimento, fatores incompatíveis com a manutenção da regularidade da força de trabalho nas empresas mais dinâmicas.¹⁷

A necessidade de criar um sistema de saúde solidário com os segmentos populacionais desprovidos de recursos fez com que, nos anos 70, mesmo sem atender adequadamente à clientela das empresas, o INAMPS ampliasse sua cobertura para os trabalhadores autônomos contribuintes, para os trabalhadores rurais e para qualquer pessoa nos atendimentos de urgência.

¹⁷ - MÉDICI, André C. *Os Serviços de Assistência Médica das Empresas: Evolução e Tendências Recentes*. São Paulo : IESP/FUNDAP, 1992. p.7.

Como classificado por Eugênio V. Mendes, durante a década de 70 observa-se claramente um modelo público de saúde de cunho privatista, ou seja, a maior parte da assistência médica hospitalar ficava a cargo do setor privado contratado pela previdência. Mendes o intitula de modelo "médico assistencial privatista".

O sistema previdenciário brasileiro assinala na década de 70, quando o milagre econômico mostra seu esgotamento, uma crise na medida em que os gastos com assistência médica são crescentes já que parcelas significativas da população foram sendo incorporadas ao sistema como trabalhadores domésticos e rurais. Também surgem novos benefícios concedidos à população beneficiária. Sobretudo, não se tem uma expansão dos serviços de saúde compatível com a realidade social.

A década de 70 foi marcada por um forte movimento de expansão da cobertura da assistência médica sob o comando da previdência social, como já mencionado, por meio da rede própria e da rede contratada (esta era maioria). "O instrumento legal que dá apoio às políticas da Previdência Social nesse período é o Plano de Pronta Ação (PPA) que apesar de estabelecer prioridade à aplicação dos serviços próprios e à articulação com os demais serviços oficiais, normatiza também as contratações de serviços de terceiros e os convênio-empresa, que acabam sendo altamente privilegiados na sua aplicação prática."¹⁸

¹⁸ - GONÇALVES, Ernesto L. *Administração...* p. 168.

Esses fatores faziam com que as formas privadas autônomas de prestação de serviços de saúde, ou seja, as Emg's, o seguro saúde, autoprogramas e cooperativas médicas, todas embrionárias não tivessem o crescimento e a importância que lhes seriam conferidas na década seguinte. Eram meros prestadores de serviços. Hoje são prestadores e financiadores de serviço.

O final dos anos 70 coincide com o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista.

Na década de 80, a política de saúde do INAMPS passou a marchar a passos largos em direção à universalização de cobertura e descentralização administrativa. Dois fatos foram responsáveis pelo desaparecimento progressivo do INAMPS enquanto prestador/financiador de assistência médica dos trabalhadores: "a redução da qualidade dos serviços pelo esmagamento dos preços pagos ao setor privado contratado/credenciado e a extinção dos convênios INAMPS/empresa e sindicato, através dos quais era possível ao empregador, receber do INAMPS uma parcela dos serviços prestados, custeado pelas empresas."¹⁹

Em 1981, dado o agravamento da crise financeira da previdência social, cria-se o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), "órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social encarregado de estudar a situação do setor, e propor medidas que serão publicadas no documento Plano de Reorganização da

¹⁹ - MÉDICI, André C. *Os Serviços...* p.9.

Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, aprovado em 1982. Esse plano lança as primeiras diretrizes de planejamento de uma política de saúde mais racionalizadora nos seus gastos, além de propor bases e parâmetros para a reorganização do Sistema Nacional de Saúde."²⁰

Em 1983 são criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) que eram estratégias de atenção médica com repasse de recursos para Estados e Municípios de acordo com prioridades e restrições segundo interesse da União.

Até aquele momento o sistema de saúde hegemônico era formado pelo setor privado contratado e conveniado da previdência social. O modelo contra-hegemônico, fruto da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 era sustentado por políticas delineadas na década de 70 e foi conhecido como Reforma Sanitária. Esta estabeleceu princípios de universalização e igualdade de acesso aos serviços de saúde, um projeto que seria incorporado à Constituição de 1988.

O Plano CONASP se mostrou como uma crise da liderança dos grupos empresariais da saúde, alojados no interior do Estado que mostrava seu esgotamento, não havendo mais condições para continuar financiando esses grupos com recursos públicos como vinha ocorrendo.

"O projeto da reforma sanitária foi gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais. Supunha a reforma do Estado na perspectiva de sua "publicização", a retomada do

²⁰ -GONÇALVES, E. L. *Administração...* p.171.

desenvolvimento econômico compatível com a distribuição de renda nacional e a priorização dos investimentos sociais pelas políticas públicas."²¹

"Com a "Nova República" novos atores sociais ocupam espaço no aparelho de Estado nas áreas de saúde. É possível observar uma contenção das políticas privatizantes no interior da previdência social e o recurso às estratégias capazes de canalizar recursos previdenciários para Estados e Municípios no sentido de fortalecimento dos serviços públicos..."²²

Dada uma situação onde se tem uma crise orgânica do Estado, uma má distribuição da renda, um setor econômico privado moderno autônomo, o acesso de grandes grupos populacionais aos serviços de saúde vão determinar uma "universalização excludente"²³ e um sistema público de má qualidade. A partir daí foi gerado na prática um sistema público para pobres e miseráveis, pois as pessoas que podem pagar têm um mercado assistencial de planos de saúde alternativo em franca expansão, a chamada Medicina Privada Supletiva.

²¹ - PAIM, Jairnilsom S. A Reforma Sanitária e a Municipalização. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.1, n.2, 1992. p.30.

²² - *idem*. p.31.

²³ - MENDES, Eugênio V. As Políticas...p.53.

No final dos anos 80 a opção das empresas em administrar seus próprios serviços de saúde passa a destacar-se como estratégia de "cost-containment" e coloca-se como uma das principais tendências da assistência médica brasileira nos anos 90²⁴. Alguns porta-vozes dos órgãos de classe como a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e o Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge) afirmam, no entanto, que as modalidades de pré-pagamento continuam a ser boas opções, e que os planos de auto-gestão têm sido excessivamente caros para as empresas.

"Em 1.990, a Lei Orgânica da Saúde reafirma a necessidade de avanço no processo de unificação criando o SUS, transferindo o INAMPS para o Ministério da Saúde e reforçando a competência dos municípios na prestação de serviços de saúde."²⁵

A atenção médica supletiva "beneficia-se do processo de universalização excludente e cresce vertiginosamente na década de 80, ...é vendida pelos seus representantes como um conjunto de modalidades assistenciais que funcionam a custo zero para o Estado, aliviando as despesas da Previdência Social. Nada obstante, a legislação em vigor considera os serviços de saúde como custos operacionais das empresas, permitindo repassá-los aos preços dos produtos. Como consequência, a

²⁴ - MÉDICI, André C. *Os Serviços...* p. 8.

²⁵ - MÉDICI, André C. *A Medicina de Grupo no Brasil*. Série Desenvolvimento de Políticas de Saúde. n.1, BSB : OPAS, 1991. p.100.

atenção médica supletiva - que é ofertada a grupos privilegiados - é financiada em última instância, pelo conjunto da população brasileira..."²⁶

Neste período o Mercado Supletivo já é bem expressivo em termos de população coberta através dos segmentos de Medicina de Grupo, Cooperativa Médica, Auto Gestão, Seguro Saúde e Planos de Administração.

²⁶ - MENDES, Eugênio V. As Políticas...p.61.

4 - SURGIMENTO DAS EMG'S

4.1 - Estados Unidos

Segundo estudos realizados por Lígia Bahia²⁷, a história da medicina de grupo teve início no fim do século passado nos EUA. Por ocasião da construção da estrada de ferro que liga a costa do Atlântico à costa do Pacífico, grandes massas de trabalhadores começaram a ser deslocadas, progressivamente, dos centros maiores para os menores, até atingir regiões despovoadas, completamente carentes de recursos médicos. Essas regiões foram o foco para o desenvolvimento do atendimento médico-hospitalar. Os primeiros grupos iniciaram-se com o atendimento a esses trabalhadores. A adoção deste modelo assistencial contava, desde seu início, com o financiamento dos cuidados de saúde através de pré-pagamento estipulado a partir de cálculos atuariais, de acordo com os riscos de adoecer da população a ser atendida.

Posteriormente, esta modalidade foi incorporada pelos setores industriais de ponta. Durante quase toda a primeira metade do século XX a medicina de grupo nos EUA sofreu críticas e pressões políticas por parte da Associação Médica Americana, em virtude do assalariamento do trabalho

²⁷ - BAHIA, Lígia. *Reestratificação das Clientelas para os Serviços de Saúde na Década de 80: um estudo exploratório do caso Amil*. Rio de Janeiro : ENSP, Dissertação de Mestrado, 1991. p.38.

médico, que violentava a ideologia liberal e a prática autônoma da medicina.

De acordo com a Abramge a filosofia que orientou o processo que criaria a medicina de grupo, (as Health Maintenance Organizations, HMOs, como são chamadas nos EUA), foi unir instalações e equipamentos, possibilitando seu uso comum, pmr diversos profissionais médicos com serviços de baixo custo. Surgiam as primeiras empresas médicas que trabalhavam com pré-pagamento per capita/mês, que davam aos beneficiários o direito ao atendimento médico-hospitalar.

Em 1943, a Suprema Corte Americana reconheceu essa atividade editando o "Ato HMO", HMO-Act, coroando os esforços dos pioneiros e apoiando as empresas que se organizassem para a prestação da assistência médica, com serviços de qualidade e a custos fixos razoáveis.

Em 1989 havia cerca de 650 HMOs nos EUA, responsáveis pela assistência médico-hospitalar de cerca de 34 milhões de pessoas, com um crescimento anual da ordem de 20%. Sabe-se que as HMOs estão classificadas quanto à estrutura em 03 modalidades²⁸:

a - "staff model" - HMOs que possuem seus próprios hospitais ou estabelecimentos de saúde e assalariam os médicos;

b - "group model" - HMOs que contratam ou credenciam diretamente outros estabelecimentos de saúde ou grupos médicos;

²⁸ - MÉDICI, André C. *A Medicina de Grupo...* p. 19.

c - "individual practice association" - HMOs que contratam consultórios médicos individuais, pagando-lhes por número de atendimentos feitos.

No modelo de assistência médica americano a grande maioria da população paga por formas privadas de atenção capitaneadas pelas HMOs associadas às empresas. Há dois serviços de previdência médica financiados diretamente pelo governo federal: o Medicaid para os cidadãos pobres e o Medicare para os cidadãos idosos com mais de 60 anos.²⁹

²⁹ - BIANCARELLI, Aureliano. Exterior. *Jornal Folha de São Paulo*, São Paulo, 12 set 1993. Caderno Brasil, p. 1-19.

4.2 - Brasil

Barbosa³⁰ relata que as primeiras empresas médicas foram organizadas entre 1925 e 1935, tendo à frente Luis Gonzaga Vianna Barbosa (Instituto de Medicina e Cirurgia em Campinas e Beneficência Médica Brasileira S/A em São Paulo), João Penido Burnier (Instituto Penido Burnier, em Campinas) e Leonel Tavares Miranda de Albuquerque (Instituto Clínico de Madureira, no Rio de Janeiro). Contudo, os grupos médicos só viriam a se consolidar como modalidade assistencial após 1956, quando foi criada, em São Paulo, a Policlínica Geral.

"...um incidente seria responsável pelo primeiro grupo médico brasileiro, organizado pelo Dr. Juljan Czapski, que se transformou depois em um dos fundadores da Abramge e seu presidente, de 1966 a 1976. O Dr. Czapski e outros colegas eram os responsáveis pelos serviços médicos da Ultragaz, até que uma greve determinou o cancelamento da assistência aos seus funcionários, como punição.

Extinto o serviço, os médicos foram despedidos. Desempregados, reuniram-se em busca de alternativas para aquela situação. Foi quando Juljan Czapski teve uma idéia. Procurou um amigo, dono da Tyresoles, uma recauchutadora de pneus, e propôs-lhe dar assistência aos seus funcionários, em sistema de pré-pagamento. Foi a saída para os desempregados. Pouco depois, o presidente da Ultragás, Pery Igel revogava a medida punitiva a procura de Czapski para retomar o antigo posto, com os demais colegas.

"Não voltamos, conta Czapski. Propus-lhe, como opção, nossos serviços, na forma contratada com a Tyresoles. ...nossa empresa, a Policlínica Central, ampliava seu raio de ação que, a seguir, foi incorporando no rol de clientes, a Volkswagen, a Chrysler, a Motores Diesel,... outras."

³⁰ - BARBOSA, Renato F. *Medicina de Grupo*. São Paulo : Mestre Jou, 1973.

Em 1962 nascia o segundo grupo médico do Brasil, a Samcil e surgia calcado na estrutura técnico-científico-administrativa da Policlínica Central.³¹

De acordo com Hésio Cordeiro³² o hiato (1935-1956) apontado necessita um trabalho próprio de pesquisa para estudar as razões da não persistência dos "precursores" e o ressurgimento dos grupos médicos em plena etapa "desenvolvimentista" e de expansão da industrialização nos anos 50 no país pois, mesmo não sendo o objeto de estudo em questão, não deixa de ser um ponto importante a ser mencionado.

Cordeiro ainda afirma que, como enunciado geral, carente de comprovação histórica, os primeiros grupos médicos não encontravam condições adequadas para se consolidarem, dada a inexistência de grandes massa operárias e de outras categorias assalariadas vinculadas a setores industriais ou de serviços destes grupos médicos.

Para o atendimento dos assalariados urbanos ligados ao complexo agro-exportador pareciam "suficientes" os hospitais das Santas Casas de Misericórdia, que se concentravam nas áreas mais ativas do complexo cafeeiro e também a prática médica autônoma dirigida à burguesia comercial e financeira, à oligarquia rural, a assalariados e funcionários públicos de renda mais alta.

Cabia aos empresários que contratavam esses serviços o pagamento substancial dos custos. Eles recebiam na época, uma devolução por parte do governo das despesas efetuadas. Em 1982 esse reembolso foi

³¹ - OS PIONEIROS atendiam seus pacientes de trole e a cavalo. *Revista Medicina Social/Edição Comemorativa-Abramge 25 Anos*, São Paulo : Abramge, dez. 1991. p. 6-7.

³² - CORDEIRO, Hésio de A. *As Empresas Médicas: as transformações...*

congelado e atualmente a maior parte das empresas que dão assistência médica aos seus funcionários nem se preocupa em receber essa quantia. Segundo a Abramge esse valor é tão irrisório que não compensa a sua requisição. #

Pela exposição das idéias dos autores acima fica claro que a medicina de grupo, como uma atividade, se fortalece nesse período "desenvolvimentista" do Brasil, ou seja, do final da década de 50 em diante.

- Nota: Informação fornecida em entrevista pessoal com Assessor de Imprensa da Abramge no qual o valor não foi fornecida por motivo não justificado, em 1994.

5 - REGULAMENTAÇÃO DAS EMG'S

Os grupos médicos no Brasil, ou seja, as Emg's não são oficialmente regulamentadas. Não existe legislação que defina a atuação dessas organizações.

Lígia Bahia faz um breve histórico sobre a não regulamentação das Emg's, mostrando que há uma polêmica entre as seguradoras, regulamentadas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e as Emg's representadas pela Abramge.

O Decreto-Lei nº 73 de 1966 dispõe sobre as normas gerais a respeito de seguro-saúde, diferenciando-o das atividades realizadas pelas Emg's, e delega ao Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) o poder para regulamentar ambas as modalidades assistenciais. "O artigo 135 do Decreto-Lei 73, relativo às modalidades de Medicina de Grupo refere-se apenas àquelas sem fins lucrativos. Este artigo, ao limitar a atuação das Emg's, conflita-se com a existência das lucrativas, não mencionadas nesse dispositivo legal."³³

A falta de regulamentação do setor prejudica não só o usuário mas os proprietários de empresas médicas. Essa opinião é compartilhada pela própria Medicina de Grupo, Seguro Saúde e Cooperativas. " ...isso permite a entrada de pessoas despreparadas no setor... a Abramge já tomou

³³ - BAHIA, Lígia. *Reestratificação* ...p.49.

medidas para compensar a falta de legislação. "Nós mesmos criamos uma auto-regulamentação." ¹³⁴

O Decreto nº 60.459 de 13/03/67 completa o anterior e extingue o Departamento Nacional de Seguros Privados e Capitalização, que passa agora suas atividades para responsabilidade da SUSEP e não acrescenta nada quanto às atividades das Emg's, como citado pela autora:

"A Constituição de 1988 não trata do seguro-saúde, nem da medicina de grupo, embora contenha um amplo ordenamento jurídico sobre saúde no capítulo da seguridade social, seção I." ¹³⁵

Uma resolução de setembro de 1994, sem força de lei, emitida pelo Conselho Federal de Medicina (resolução nº 1.401) dispõe que os convênios médicos e o seguro-saúde estão obrigados a prestar atendimento a todas as doenças, inclusive as crônicas e as infecto-contagiosas, e a dar cobertura total ao associado. Prevê ainda o fim das mensalidades para idosos. Sua aplicação está suspensa por uma liminar da Jusitça. ³⁶

Bahia complementa "...a linha de atuação que foi encaminhada pela Abramge - a auto-regulamentação das atividades da medicina de grupo - funda o Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de

³⁴ - Declaração do Presidente da Abramge, Alexandre L., em 21 março de 1995 para a pesquisa sobre Planos de Saúde da Folha de São Paulo.

³⁵ - BAHIA, Lúcia. *Reestratificação* ...p.51.

³⁶ - CAMPO, Sueli. Empresas Diminuem Prazos de Carência. *Jornal O Estado de São Paulo*, São Paulo, 02 out. 1994. Caderno Suas Contas, p.S4.

Medicina de Grupo em fevereiro de 1990, e, na mesma ocasião, aprova o código de ética destas empresas.”³⁷

O que ocorre atualmente e que é alegado por representantes da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG) e da SUSEP é que instituições como Emg's e Cooperativas Médicas oferecem produtos e serviços similares aos das seguradoras de saúde, dividindo o mesmo mercado, sem no entanto, atuarem sob nenhuma fiscalização.³⁸

³⁷ - BAHIA, Lígia. *Reestratificação* ...p.55.

³⁸ - CSILLAG, Cláudio. Escolha a Melhor Cobertura Médica para Você e Sua Família. *Jornal Folha de São Paulo*, São Paulo, 21 mar. 1995. Caderno Especial, 16p.

5.1 - Abramge

Das 400 Emg's no Brasil 170, ou seja 40%, são filiadas à Abramge.³⁹

As Emg's são representadas por duas entidades nacionais e por órgãos estaduais. As nacionais têm suas sedes na capital de São Paulo. São a Abramge, Associação das Empresas de Medicina de Grupo, o Sinamge, Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo e o Conamge, Conselho Nacional de Auto Regulamentação da entidade.⁴⁰

Segundo a Abramge, a mesma desenvolve permanente trabalho de aproximação dos grupos médicos com os de atividades semelhantes, buscando incrementar a formação de novos grupos, promover o estímulo profissional e propiciar assistência e orientação aos que desejem criá-los.

Presta assistência jurídica e econômica para os grupos filiados. Promove também intercâmbios interestaduais e internacionais, congressos, convenções e jornadas para o debate e estudo de assuntos do interesse da classe.

O Sinamge é um sindicato patronal nacional, que realiza um trabalho essencialmente voltado para os acordos trabalhistas, representando os grupos médicos nos níveis estaduais e federais. Tem o objetivo de manter o equilíbrio de relacionamento entre os grupos médicos e sindicatos de trabalhadores da área.

³⁹ - DATABRAMGE - Informe de Assessoria de Imprensa. São Paulo : Abramge, 16 jun. 1993.

⁴⁰ - ABRAMGE 25 Anos. *Revista Medicina Social/Edição Comemorativa-Abramge 25 Anos*, São Paulo : Abramge, dez. 1991.

O Conamge, criado em 1990, tem como objetivo o registro e a fiscalização dos grupos médicos associados, segundo seus Estatutos e seu Código de Ética, nos quais estão especificados os parâmetros de atuação do setor e formas de punição aos seus infratores. Funciona como entidade regulamentadora e fiscalizadora das empresas de medicina de grupo, atuando como instrumento de mediação e assessoria técnica entre suas associadas e seus contratantes.

Dos 509 casos, entre consultas e reclamações, recebidos em 1994, 257 referiram-se efetivamente aos planos de saúde de empresas associadas ao Conamge.⁴¹ Entre essas 257 consultas ou reclamações, 94 foram convertidas em ocorrências na fase investigatória: 58 casos foram motivados por problemas com reajustes e conversão para o Real, 25 por qualidade do atendimento, 8 por interpretações de contrato e 3 envolviam outras dúvidas. Segundo a Abramge todos foram resolvidos na fase de conciliação.

Estes órgãos são importantes fontes de dados para que pudéssemos construir nosso trabalho. Mesmo assim, foi necessário consultar outras fontes, pois na própria Abramge não conseguimos todas as informações que necessitávamos para confecção deste trabalho.

⁴¹ - DATABRAMGE - Informe de Assessoria de Imprensa. São Paulo : Abramge, maio 1995.

6 - OBJETO DE ESTUDO

Segundo Médici as Emg's assumem o exercício simultâneo das 03 modalidades de HMOs, conforme apresentadas no tópico sobre Surgimento das Emg's, atendendo tanto o mercado de planos para pessoas jurídicas (planos empresas) como o mercado de planos para pessoas físicas (planos individuais ou familiares).

6.1 - Evolução das Emg's por População Coberta

Ilustramos (Tabela 1) a evolução do segmento de Assistência Médica Supletiva, no Brasil, em termos de população coberta (usuários), no período compreendido entre 1987 e 1995.

TABELA 1 (em milhares)

Evolução do Mercado de Medicina Privada Supletiva em termos de Usuários

| | Medicina de Grupo | Coop. Médica | Seguro Saúde | Planos de Adm. | Auto Gestão | TOTAL |
|-------------|----------------------|-----------------|-----------------|------------------------|----------------|---------------|
| 1987 | 13.000 | 3.500 | 800 | 300 | 4.800 | 22.400 |
| % | 58 | 16 | 4 | 1 | 21 | 100 |
| 1989 | 15.000 | 7.300 | 940 | 400 | 7.500 | 31.140 |
| % | 48 | 23 | 4 | 1 | 24 | 100 |
| 1991 | 13.500 | 8.000 | 1.230 | 770 | 5.000 | 28.500 |
| % | 47 | 28 | 4 | 3 | 18 | 100 |
| 1992 | 15.000 | 8.000 | 2.500 | 1.400 | 5.100 | 32.200 |
| % | 47 | 25 | 8 | 4 | 16 | 100 |
| 1993 | 16.000 | 8.500 | 3.000 | 1.700 | 5.200 | 34.400 |
| % | 47 | 25 | 9 | 4 | 15 | 100 |
| 1995 | 16.000 | 9.000 | 4.000 | púb.6.000 e priv.4.000 | | 39.000 |
| % | 41 | 23 | 10 | 26 | | 100 |

Fonte: Os dados referentes até o ano de 1993 foram obtidos em Palestra sobre Sistemas Privados de Saúde no Brasil. Situação Atual e Tendências. Foster Higgins.(Abramge, Abraspe, Unimed, Fenaseg), out. 1994.

Os dados referentes ao ano de 1995 foram fornecidos pelo DATABRAMGE e foram obtidos pela mesma em Work Shop do Ministério da Saúde em 14 nov. 1995 - Brasília. Os dados referentes a Planos de Administração e Auto Gestão para o ano de 95 são disponíveis considerando-os conjuntamente, com distinção somente entre público e privado, conforme quadro.

Fica evidente a expressão que as Emg's têm no segmento de Medicina Privada Supletiva quanto à população coberta. Apesar de seu aumento em número de segurados e diminuição em percentual, continua sendo o segmento que cobre maior fração da população beneficiária.

Fazendo uma análise horizontal, ou seja, comparando a cada ano as Emg's com as outras modalidades, percebemos que houve uma diminuição da sua participação relativa. Em 1987, quando o total da população coberta era de 22.400.000 de usuários, as Emg's tinham uma participação relativa de 58% ante a população coberta pelas Emg's. Em 1995, com um mercado total de 39.000.000 de usuários, as Emg's atendem somente 41% do mesmo.

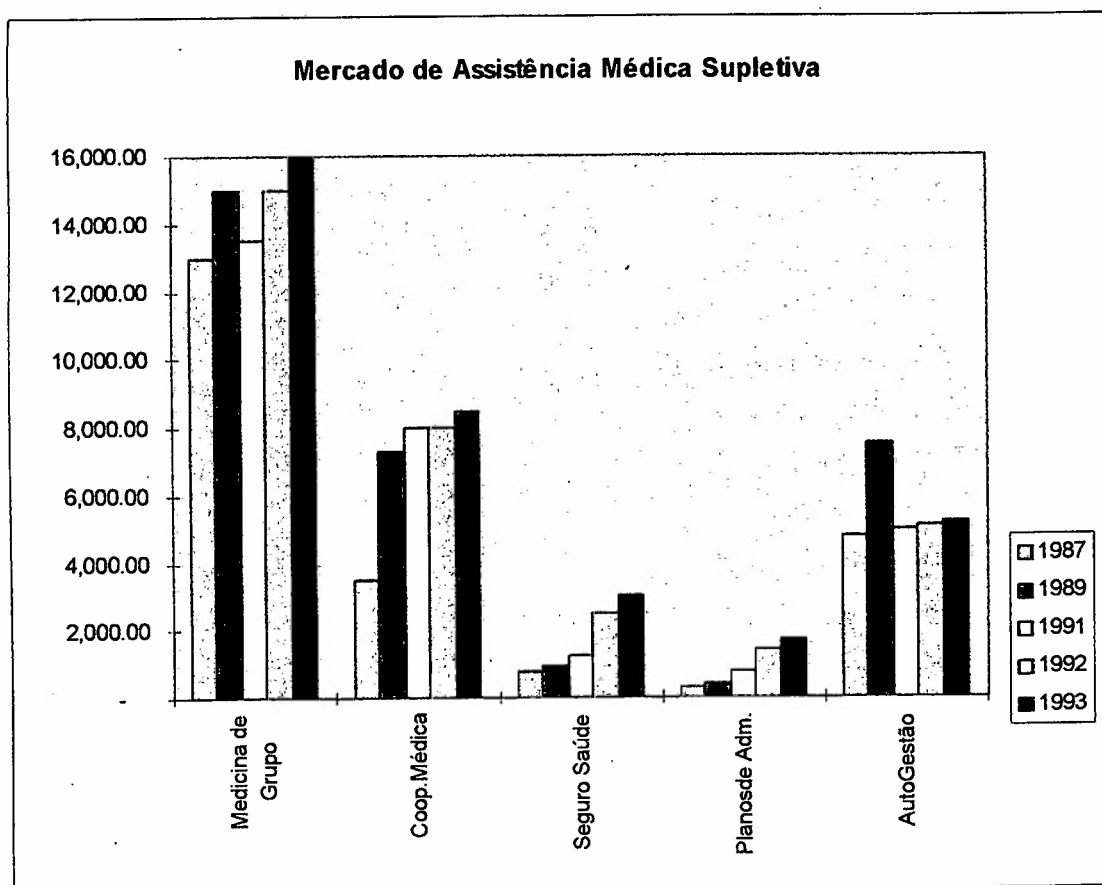
Numa análise vertical, ou seja, comparando a evolução da parcela de mercado do segmento Medicina de Grupo, percebemos que houve um aumento real do número de usuários por ela atendida. Em 1987 atendia a 13.000.000 de usuários e em 1995 atende a 16.000.000, ou seja, teve um aumento real de 23% do seu mercado. Por fim, podemos inferir que o aumento no total de mercado do segmento como um todo, de 22.400.000 em 1987 para 39.000.000 em 1995, sugere o aumento da participação relativa das outras modalidades, cooperativas médicas, seguros saúde e planos de administração.

Há quem diga que o mercado de Assistência Médica Supletiva se esgotou, obrigando que os diferentes segmentos disputem a mesma população. Também existem defensores da opinião contrária, projetando aumento anual de até 5% a.a.

Ressaltamos que a fonte para os dados mais recentes é da Abramge.

Para melhor visualização o gráfico a seguir ilustra a evolução do Mercado de Medicina Privada Supletiva entre os anos de 1987 a 1995.

GRÁFICO 1



Fonte: idem tabela p.40.

Um estudo mais detalhado sobre a estagnação ou não do mercado de Assistência Médica Supletiva seria interessante quando observamos o brutal aumento, entre 1987 e 1993, do número de beneficiários dos segmentos de seguro saúde, em mais ou menos 400% e das cooperativas médicas, em mais ou menos 160%, enquanto que o segmento Emg's teve um crescimento da ordem de 24% e o mercado total teve um aumento de

quase 80%. Parece assim, que o segmento seguro saúde, que passou a oferecer planos de livre escolha dirigida (rede credenciada), além da livre escolha total que já oferecia originalmente, conseguiu dessa forma atrair um mercado potencial tanto para as Emg's quanto para as cooperativas. De qualquer forma um estudo mais cuidadoso será pertinente até para elucidar também a evolução do mercado das cooperativas médicas.

Dados recentes⁴² mostram que empresas do segmento supletivo como a Medial, por exemplo, estão desenvolvendo trabalho para atrair microempresas, cujo número de funcionários/beneficiários é bem menor do que o número dos atuais clientes. "As empresas de planos de saúde começaram a descobrir as microempresas, um filão ainda pouco explorado. De olho nesse mercado em ascensão, elas oferecem vantagens para atrair o empresário que até agora era afastado pelas exigências de grupos mínimos...e o objetivo é atrair empresários que normalmente não oferecem assistência a seus funcionários e pagam mais caro pelos planos de pessoa física que compram para a família."

⁴² - BACOCINA, Denize. Planos de Saúde Descubrem Pequena Empresa. *Jornal O Estado de São Paulo*, São Paulo, 16 fev. 1997. Caderno Economia. P.b-6.

6.2 - Posicionamento no Mercado

Vamos analisar alguns aspectos relacionados às Emg's. A saber:

- *número de Emg's filiadas em São Paulo*: como mencionado, das 400 Emg's no Brasil 170, ou seja 40%, são filiadas à Abramge.⁴³ Dentre elas, 97 estão no Estado de São Paulo (Tabela 2). Dados fornecidos pela instituição mostram que as 73 Emg's restantes estão espalhadas por outros estados do Brasil, em aproximadamente 2.000 cidades.

TABELA 2

Emg's filiadas em São Paulo

| | |
|-----------|----|
| Capital | 46 |
| Grande SP | 12 |
| Interior | 39 |
| Estado | 97 |

⁴³ - DATABRAMGE - Informe de Assessoria de Imprensa. São Paulo : Abramge, 16 jun. 1993.

- participação de Emg's por porte de empresa onde atuam: Médici⁴⁴ relata a participação das Emg's de acordo com número de funcionários, ou seja, de acordo com o porte da empresa (Tabela 3).

As pequenas empresas são as que se utilizam das Emg's em maior proporção que as empresas médias e grandes. Não há dados que comprovem, mas acredita-se que as grandes empresas estejam direcionadas para os auto-programas, talvez pelo fato de, teoricamente, terem maiores condições financeiras de bancar uma estrutura de assistência médica a seus funcionários. Vale reafirmar, como citado anteriormente que: "A opção das empresas em administrar seus próprios serviços de saúde passa a destacar-se nos anos 80 como estratégia de "cost-containment" e coloca-se como uma das principais tendências da assistência médica brasileira nos anos 90. Alguns porta-vozes dos órgãos de classe como Abramge e Sinange afirmam, no entanto, que as modalidades de pré-pagamento continuam a ser boas opções, e que os planos de auto-gestão têm sido excessivamente caros para as empresas."⁴⁵

⁴⁴ - MÉDICI, André C.. *A Medicina de Grupo...*p.20

⁴⁵ - MÉDICI, André C. *Os Serviços...*p.8.

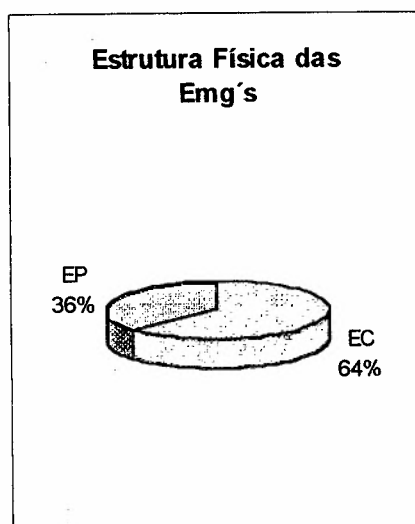
TABELA 3
Participação das Emg's por porte de empresas

| <i>TAMANHO/PORTE DA EMPRESA</i> | <i>Nº BENEFICIÁRIOS</i> | <i>PARTICIPAÇÃO NAS EMG's</i> |
|-------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| pequena | menos de 100mil | 73% |
| média | 100mil a 300mil | 18% |
| grande | mais de 300mil | 09% |
| | | 100% |

Fonte: idem texto.

- *estrutura das Emg's*: quanto à estrutura física utilizada, ou seja hospitais, ambulatórios, clínicas, são na maioria entidades conveniadas. Não existem dados concretos, mas tal situação se justifica pelos altos custos para se investir em uma estrutura própria e no gerenciamento da mesma. Mas há quem fale numa tendência ao investimento em recursos próprios na Emg's e nas Cooperativas (UNIMED).

GRÁFICO 2



Fonte: MÉDICI, André C. A Medicina...p.20

Legenda:

EP - Estrutura Própria

EC - Estrutura Contratada.

Podemos observar que 64% das empresas de medicina de grupo possuem estrutura física contratada, ou seja, a prestação dos serviços de assistência médica aos seus beneficiários é realizada por uma rede de prestadores terceirizados

6.3 - Quando o Convênio da Empresa é uma Emg

Uma pesquisa realizada pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo/Centro das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP/CIESP)⁴⁶ em janeiro de 1994, junto às indústrias do âmbito do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de São Paulo, fez uma sondagem para detectar:

- 1- tipos de convênios médicos privados contratados
- 2- tipos de assistência coberta pelos convênios
- 3- formas de pagamento desses convênios
- 4- vantagens em se ter o convênio
- 5- nível de satisfação das empresas com os convênios.

Do total de 2.892 empresas, somente 587 participaram efetivamente, conforme quadro abaixo:

TABELA 4

Empresas com convênio privado de assistência médica para funcionários

| Convênios Médicos na Empresa | <i>Pequena</i> | <i>Média</i> | <i>Grande</i> | Total |
|---|-----------------------|---------------------|----------------------|--------------|
| Tem convênio | 39,90% | 84,81% | 97,92% | 56,73% |
| Não tem convênio | 60,10% | 15,19% | 2,08% | 43,27% |
| Total empr. partic. | 381 | 158 | 48 | 587 |

Fonte: Pesquisa da FIESP/CIESP. Jan/94.

⁴⁶ - PESQUISA em Indústrias. Convênios Médicos. São Paulo : FIESP/CIESP. 1994. mimeo.

Segundo o porte da empresa, boa parte das médias e grandes empresas têm convênio, respectivamente 84,81% e 97,92%, enquanto que 60,10% das pequenas empresas não possuem nenhum tipo de convênio médico para seus funcionários.

Na mesma pesquisa é apontado o motivo pelo qual as empresas alegam não ter convênio, a saber, por ordem decrescente de frequência: problemas financeiros, alto custo dos convênios, pequeno número de funcionários e outros.

Alguns dados quanto às Emg's revelam que, de acordo com o tipo de convênio, independente do porte das empresas consultadas, boa parte dessas empresas mantém convênio médico com Emg's. O quadro a seguir ilustra:

TABELA 5

Tipos de convênios médicos mantido por empresas

| TIPOS DE CONVÊNIO | Pequena | Média | Grande |
|---------------------------|---------|--------|--------|
| EMG's | 95,39% | 91,79% | 91,49% |
| Coop. Médica | 0,66% | 5,97% | 2,13% |
| Auto-gestão | - | - | 4,26% |
| Pl. Adm. | 1,32% | 0,75% | 2,12% |
| Seguro Saúde | 2,63% | 1,49% | - |
| Total empr. partc. | 152 | 134 | 47 |

Fonte: Pesquisa da FIESP/CIESP. Jan/94.

Outro dado é quanto ao tipo de assistência coberta pelos convênios. A pesquisa separa por percentuais:

QUADRO 2

Tipos de assistências cobertas pelos convênios médicos

| Tipos de Assistência coberta entre 50% e 100% dos convênios privados | Pequena | Média | Grande | Total |
|---|----------------|--------------|---------------|--------------|
| Ambulatorial | 98,68 | 98,51 | 97,87 | 98,50 |
| Exames clínicos | 96,71 | 94,78 | 97,87 | 96,10 |
| UTI | 69,08 | 85,07 | 100 | 79,88 |
| Tomografia Computadorizada | 53,95 | 70,90 | 93,62 | 66,37 |
| Tipos de Assistência coberta entre 20% e 49% dos convênios privados | | | | |
| Ressonância Magnética | 28,29 | 43,28 | 76,60 | 41,14 |
| Odontológica | 22,37 | 26,12 | 34,04 | 25,53 |
| AIDS | 12,50 | 22,39 | 36,17 | 19,82 |
| Tipos de Assistência coberta por menos de 20% dos convênios privados | | | | |
| Prótese ortopédica | 11,84 | 15,67 | 12,77 | 13,51 |
| Atendimento domiciliar | 3,29 | 8,96 | 6,38 | 6,01 |
| Reembolso de medicamentos | 2,63 | 1,49 | - | 1,80 |
| Informantes | 152 | 134 | 47 | 333 |

Fonte: Pesquisa da FIESP/CIESP. Jan/94.

Podemos observar pelo Quadro 2 que 50% a 100% dos convênios mantidos pelas empresas da pesquisa em questão cobrem quase totalmente as solicitações para procedimentos menos onerosos, como é o caso do ambulatorial, ou seja, simples consulta. Enquanto que esse mesmo percentual de convênios cobrem, em média, 50% das solicitações para procedimentos de exames de tomografia. Conforme o procedimento fica mais sofisticado menor se torna o percentual de cobertura efetuada pelo convênio. Pelos dados, menos de 20% dos convênios mantidos pelas empresas da pesquisa cobrem em proporções bem menores, 12% em média, solicitações para procedimentos de próteses ortopédicas, e bem menos para reembolso de medicamentos, 2% em média.

Lembrando que, em média, 90% das empresas contratam Emg's para o benefício da assistência médica, isso sugere que as informações desse quadro traduzam uma forma de atuação das Emg's quanto à cobertura de procedimentos.

Com relação à atuação das Emg's quanto aos níveis hierárquicos organizacionais, Checchia comenta que "quanto aos modelos de gestão, observamos que a modalidade Emg (apesar de sua estratégia, dos últimos anos, de segmentação de seus serviços, oferecendo planos para a clientela de executivos de empresas), continua tendo seus serviços direcionados

majoritariamente aos grupos intermediários (Quadro 3) e da base da pirâmide organizacional. ⁴⁷

QUADRO 3

Níveis hierárquicos atingidos pelas Emg's

| Categorias: | % |
|---------------------------------|----------|
| alto executivo | 8 |
| operário (especializado ou não) | 47 |
| funcionário de escritório | 45 |

Fonte: Revista Medicina Social, jul. 1990. p.13

Outro aspecto que podemos observar é como os convênios funcionam nas empresas. O Conamge sugere alguns itens aos quais o associado deve estar atento ao filiar-se a um plano de saúde, seja pessoa física ou seja através de plano empresa: leitura do contrato antes da assinatura do mesmo, abrangência do atendimento, atenção às cláusulas de exclusão e limites de faixas etárias, prazos de carências, internações e utilização de UTI e índices de reajustes.

O Quadro 4 ilustra como funcionam os convênios em empresas contratantes:

⁴⁷ - CHECCHIA, Cristiana M. de A. *Assistência...*p.146.

QUADRO 4

Como funcionam os convênios nas empresas

| | |
|-----------------|--|
| CONTRATO | <ul style="list-style-type: none"> - é assinado pela empresa com o convênio, o que "poupa" o funcionário de estudar as cláusulas; - deve-se exigir manual de associado e informar-se sobre direitos, deveres e tipo de cobertura se individual ou familiar, para consultas, exames, etc. |
| OBRIGATORIEDADE | <ul style="list-style-type: none"> - em geral, o funcionário opta pelo convênio na hora da admissão, mas não é obrigado a fazê-lo; - pode pedir um prazo para estudar outros planos |
| CARÊNCIAS | <ul style="list-style-type: none"> - é o prazo que o conveniado particular deve esperar para usufruir os benefícios do seu plano; - quando o funcionário se incorpora ao convênio via empresa, não há carência a cumprir. |
| MENSALIDADE | <ul style="list-style-type: none"> - são descontadas do holerite (contra-cheque); - em geral, a empresa paga um percentual fixo ou uma parte da mensalidade de acordo com o salário do funcionário; - o custo sempre é menor que o do convênio feito individualmente. |
| ATENDIMENTO | <ul style="list-style-type: none"> - toda empresa tem um canal direto com o convênio, o que eventualmente agiliza a emissão de guias e encaminhamento de reclamações. |

Fonte: Jornal Folha de São Paulo, domingo 25/04/93.

Finalmente, Checchia deixa claro em sua pesquisa sobre o que leva o tomador de decisão numa organização a optar por determinado tipo de convênio: “A adequação do desenho da assistência médica aos perfis de grupos de funcionários se dá muito mais em função do modelo assistencial que do modelo de gestão. Ou seja, para efeito de elaboração do desenho do benefício “assistência médica”, importa mais, sob a ótica organizacional, se o Diretor Presidente ou os Ajudantes de Serviços Gerais terão acesso a planos de livre escolha ou a uma rede credenciada, do que se estarão filiados a uma Medicina de Grupo ou a um Seguro Saúde.”⁴⁸

Dessa forma nos é sugerido, quando analisamos a representatividade dos usuários das Emg's no mercado como um todo, que provavelmente essas trabalhem modelos assistenciais demandados por esse mercado composto pelos tomadores de decisão.

Como citado no sub-item 1.1 as Emg's trabalham com formas de livre escolha dirigida e direcionamento. Checchia observa que tanto uma forma como a outra são desenhadas de modo a “dificultar” o acesso/uso, e seu custo está associado à produção ou salário do associado. Revelando com isso um meio de forçar diminuição no custo dos serviços prestados pela empresa da assistência médica.

⁴⁸ - CHECCHIA, Cristiana M de A. *Assistência...*p.150.

7 - PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

De acordo com o que foi descrito no tópico sobre Objetivos deste trabalho, trataremos nesta parte o referencial teórico que permeia a questão de estratégias empresariais.

São muito poucos no Brasil trabalhos que tratem em específico sobre planejamento estratégico no setor privado de saúde. Através do contato que tivemos com Diretores das empresas da pesquisa de campo, acreditamos que tal fato seja pela formação dos profissionais que atuam nessa área, ou seja, na maioria são profissionais com formação em cursos da área de saúde, principalmente quando nos referimos a profissionais de Empresas de Medicina de Grupo e Cooperativas Médicas. Ou seja, não necessariamente se trata de profissionais que têm conhecimento prévio desta teoria. Quando falamos de Seguros Saúde, por exemplo, costuma ser profissionais de formação da área financeira e provavelmente com pouco conhecimento do setor saúde.

Dada a existência de uma literatura muito vasta sobre planejamento estratégico, nesta parte é feita uma revisão geral do tema, tendo como um das referências um estudo desenvolvido por Sandro K. Marcondes⁴⁹ que resume, de forma bastante concisa e clara, as principais escolas do pensamento estratégico.

⁴⁹ - MARCONDES, Sandro K. *A Formação de Estratégias em Bancos de Grande Porte*. São Paulo : EAESP/FGV, 1993. Dissertação de mestrado.

Em seu estudo, Marcondes discorre sobre cada escola, tecendo as principais idéias dos autores e fazendo críticas quanto à adequação dessas escolas à realidade organizacional, ao mesmo tempo em que as confronta evidenciando suas principais características. Sendo tal assunto muito vasto fica a referência do trabalho para maior aprofundamento.

A referência do estudo de Marcondes para este trabalho contribuiu na medida em que facilitou a identificação de características, levantadas junto às Emg's pesquisadas, em relação a 03 escolas do pensamento estratégico.

Marcondes avaliou oito variáveis dentro dessas escolas:

- estratégia adotada pela empresa
- processos básicos que norteiam a definição estratégica
- ator central sobre quem repousa a responsabilidade pelo processo estratégico
- a forma de mudança no comportamento estratégico da empresa
- a definição do ambiente que a empresa deve considerar na sua definição estratégica
- as mensagens pretendidas e transmitidas pelo processo estratégico adotado
- o vocabulário básico introduzido pela escola na teoria administrativa.

Faremos breve comentário sobre as 3 escolas que mais se identificaram com as Emg's pesquisadas para depois discutirmos sobre Michael Porter.

- *Escola do Desenho*

Data da década de 60 tendo Alfred Chandler e Christensen, Andrews e Bower como seus mentores.

Para esta escola a "formulação estratégica é um processo de pensamento deliberado, consciente e controlado, onde as estratégias não são desenvolvidas nem intuitivamente nem de forma emergente, mas sim baseadas em habilidades adquiridas através do treinamento formal".⁵⁰

O modelo básico dessa escola, concepção estratégica, pressupõe a análise externa da organização para descobrir influências ambientais que se constituam em ameaças e/ou oportunidades, pontos fortes e fracos, fatores críticos de sucesso, responsabilidade social e o entendimento de valores administrativos para avaliação e escolha da estratégia para sua implementação. A estratégia deve ser feita para dominar o desenho da estrutura e dos processos organizacionais, tornando assim seus conceitos muito rígidos para a organização, dado que a realidade organizacional impõe maior flexibilidade. Mesmo as estratégias desenhadas dentro da organização, estão sujeitas a influências de pressões políticas, limitações

⁵⁰ - MARCONDES, Sandro K. *A formação ...* p.26

de processos administrativos, conhecimento organizacional, necessitando certa adaptação e flexibilidade das estratégias ao meio organizacional.

Marcondes ainda complementa que “esta escola não é, contudo, apenas mais processo, ela representa um marco e um conjunto de conceitos, tais como o de competências distintas, análise ambiental, ajustamentos e muitos outros, que têm contribuído para o desenvolvimento da Administração Estratégica. Em outras palavras, a maior contribuição da escola do desenho pode não ser o processo em si, mas sim o vocabulário que tem auxiliado a formar o pensamento estratégico.”⁵¹

Ainda segundo o autor, no Brasil a maioria dos escritores se identifica com esta escola.

- *Escola do Planejamento*

Data da década de 70 tendo Ansoff e Steiner como seus mentores.

Esta escola adota a maioria das premissas da escola de desenho sendo que o diferencial, proposto por Ansoff, está em prescrever uma execução do processo de planejamento estratégico formalizada, defendendo que alguns momentos do processo devem ser participativos e integrativos.

Ansoff observa que “...uma empresa deve ter um campo de atuação bem definido e uma orientação de crescimento e que os objetivos por si só não atendem a essas necessidades, sendo exigidas regras de decisão

⁵¹ - MARCONDES, Sandro K. *A formação*p.32.

adicionais para que a empresa possa ter um crescimento ordenado e com lucro.⁵² Assim essas regras de decisão estão baseadas num planejamento quantitativo tendo como base o orçamento.

Marcondes comenta que o autor destaca que a formulação estratégica deve ser um processo formal, consciente e controlado, decomposto em etapas distintas, cada uma delineada para uma série de passos e suportada por técnicos.

Nesta escola há a figura do planejador ou assessor de staff, onde o principal executivo da organização seria o responsável pela aprovação do plano estratégico, enquanto na escola de desenho o principal executivo era tido como o arquiteto da estratégia.

Esta escola por vezes mostra-se ineficiente, a saber: "Enquanto o planejamento é anunciado como a ferramenta administrativa capaz de lidar com as mudanças ambientais, mesmo em ambientes caracterizados como turbulentos, o fato é que planos organizacionais quando explicitados na forma de metas ou de preferências da alta administração, sinaliza uma direção, um caminho de ação pré-estabelecido, não encorajando, e até desestimulando mudanças adaptativas uma vez explicitadas."⁵³

O maior problema apontado por Marcondes é que esta escola desenvolveu-se mais quantitativamente do que qualitativamente, na forma de orçamentação e planificação, que visava a decomposição estratégica a fim de facilitar o processo de criação. Marcondes cita: "Mintzberg (1975)

⁵² - ANSOFF, Igor H. *Estratégia Empresarial*. McGraw-Hill : São Paulo, 1977. p.87.

⁵³ - MARCONDES, Sandro K. *A Formação...*p.36.

afirma que o administrador que deles se valer para a definição estratégica, ao invés de manter estreito contato com os detalhes operacionais, será incapaz de conceber uma estratégia viável de implementação, por desrespeitar aspectos culturais e comportamentais básicos existentes na organização, os quais eles simplesmente desconhecem.”⁵⁴

- *Escola do Posicionamento*

Data da década de 80 tendo como principal mentor Michael Porter.

Marcondes mostra que Porter traz algumas diferenças com relação à escola de desenho e à escola do planejamento; mas são diferenças suficientes para reorientar a literatura e que foram rapidamente adotadas pela maioria das grandes empresas, consultorias e escolas de administração.

As diferenças estariam, primeiramente, quando Porter enfatiza as estratégias mais do que o processo pelo qual elas são formuladas, e depois quando acrescentam maior focalização das estratégias competitivas, podendo ser vistas como as estratégias específicas disponíveis para as organizações dentro de determinado contexto nos quais tendem a apresentar resultados almejados.

“As estratégias também serão explicitadas antes de serem formalmente implementadas, mas a principal característica desta escola é que o processo focaliza sobre a escolha de posições genéricas, comuns e

⁵⁴ - MARCONDES, Sandro K. *A Formação...*p.38.

tangíveis no mercado mais do que no desenvolvimento de perspectivas estratégicas integradas (escola do desenho) ou da coordenação de um conjunto de planos (escola do planejamento).”⁵⁵

Michael Porter⁵⁶, em sua obra, analisa a questão da estratégia mostrando que a empresa atua num contexto onde forças competitivas influenciam sua atuação. Como ocorre em qualquer evolução, as organizações desenvolvem-se porque algumas forças em movimento criam incentivos a pressões para mudanças. Estas podem ser chamadas de processos evolutivos. O contexto inicial resulta da combinação das características econômicas e tecnológicas básicas do setor, das restrições iniciais decorrentes do seu pequeno porte e das habilidades e recursos das organizações anteriores ao contexto potencial, que raramente são conhecidas na sua totalidade durante o seu desenvolvimento.

Segundo o autor, a essência da formulação das estratégias competitivas é relacionar uma empresa ao seu meio ambiente.

No entanto, o aspecto principal do meio ambiente é a indústria ou as indústrias em que ela compete diretamente. A estrutura da indústria[#], que no nosso estudo traduzimos em setor saúde composto pelo mercado de medicina supletiva, é percebida como a mais forte influência na determinação das regras competitivas do jogo, assim como das estratégias potencialmente disponíveis para a empresa.

⁵⁵ - MARCONDES, Sandro K. *A Formação...*p.39.

⁵⁶ - PORTER, Michael E. *Estratégia Competitiva: técnicas para análise de indústrias e de concorrência*. Rio de Janeiro : Campus, 1986.

O autor mostra que a concorrência tem raízes na estrutura econômica do setor e o grau de concorrência depende das 05 forças competitivas que atuam sobre ele: concorrentes, substitutos, fornecedores, entrantes potenciais e compradores.

Marcondes relata que "na escola do posicionamento o planejador passa a ter o status de analista, tecnicamente orientada para a análise de uma grande quantidade de dados quantitativos e que recomenda estratégias viáveis, das quais o presidente escolherá aquela a implementar."⁵⁷

Michael Porter evidencia decisões estratégicas enfrentadas pelas empresas: integração vertical, grande expansão da capacidade, entrada em novos negócios e desativação.

Outros autores refletem sobre aspectos organizacionais de gestão relacionados à concorrência, políticas de atuação, formas de crescimento, formas de atuação diante de oportunidades e ameaças que acreditamos válido mencionar.

Tadeu⁵⁸ comenta que "...restringindo-se a segmentos específicos como ambientes competitivos dentro da indústria[#] , a estratégia genérica do enfoque procura atender seus segmentos-alvos, desenvolvendo assim uma

⁵⁷ - MARCONDES, Sandro K. *A formação ...* p. 41.

⁵⁸ - LOPES, Luis Tadeu A. *A Diferenciação como Vantagem Competitiva: um estudo de caso*. São Paulo : EAESP/FGV, 1993. Dissertação de Mestrado. p.20.

[#] - Entenda-se indústria como o Setor Saúde.

vantagem competitiva.” Essa vantagem competitiva bifurca-se em vantagem de custo e vantagem na diferenciação em seu segmento-alvo.

De acordo com Marcos Cobra⁵⁹ há muitas dúvidas acerca do papel do marketing nos serviços de saúde. O marketing não cria demanda, mas objetiva administrar a demanda por serviços de saúde, como serviços para médicos, dentistas, laboratórios clínicos, hospitais e empresas de assistência de saúde, entre outros serviços. Segundo o autor, muita gente confunde marketing com propaganda ou vendas simplesmente. É claro que vender e demonstrar produtos faz parte do marketing, mas não é tudo. O marketing lida com problemas diversos porque a organização produz bens e serviços que vão satisfazer as necessidades não satisfeitas, procurando supri-las com serviços adequados. Salienta, ainda, com relação à estratégia que as instituições de saúde precisam muitas vezes decidir rapidamente diante de oportunidades e de ameaças, buscando otimizar as vantagens competitivas em relação à concorrência como:

- reflexão acerca da missão econômica e social: a instituição está no negócio de saúde ou está preocupada com a qualidade de vida das pessoas;

- definição de produtos e serviços: adequação dos mesmos ao segmento do mercado, identificando agrupamentos homogêneos de

⁵⁹ - COBRA, Marcos Henrique Nogueira & ZWARG, Flávio Arnaldo. *Marketing de Serviços: Conceitos e Estratégias*. São Paulo : Mc Graw-Hill, 1986.

clientes, para se definir tecnologias médicas ou científicas próprias aos mesmos;

- estratégia de crescimento: penetração de mercado, diferenciação de produtos/serviços e de mercado;

- estratégia competitiva: diferenciação tecnológica, imagem de marca, barreiras à entrada e fatores-chaves de sucesso.

Num artigo de uma revista especializada⁶⁰ o então Presidente da Amil declara que "para alcançar o objetivo estratégico de alcançar a liderança do setor de planos de saúde, foi desenvolvida uma fórmula de marketing integrado constituída de 10 Ps (posicionamento, produto, preço, propaganda, ponto de venda, parceria, pesquisa, pessoal, participação/produtividade, percepção)". O mesmo ressalta que "apesar de oferecer uma contribuição às teorias mercadológicas o conjunto de ações integradas da Amil não deve ser adotado por outras organizações, sendo essas ações desenvolvidas de acordo com a cultura de cada companhia".

Anré C. Médici quando analisa o setor saúde e o mercado, sob a ótica da modernidade, atribui o desenvolvimento do mercado de serviços de saúde ao desenvolvimento dos avanços tecnológicos e industriais. Enfatiza que o mercado de serviços de saúde tornou-se um segmento do mercado maior que é a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos.

⁶⁰ - O FIM dos 4 Ps de Marketing. *Revista Marketing Negócios*. São Paulo, n.10, 1993. p.35-7.

Acrescenta o mercado de construção civil hospitalar que teve avanços extraordinários.

Em sua obra, Richard D'Aveni aponta para um tipo de concorrência, a hipercompetitividade, que possui aspectos diferentes da teoria da competição tradicional.

D'Aveni ressalta que as empresas em ambientes estáveis criam estratégias razoavelmente rígidas no sentido de se adequarem às condições de longo prazo, sustentando essa vantagem estratégica na medida em que não permitam que o "status quo" do segmento se altere. Afirma que a meta da empresa "...era sustentar sua própria vantagem e estabelecer um equilíbrio competitivo no qual as empresas menos dominantes aceitavam suas posições secundárias simplesmente porque a empresa líder lhes concedia a oportunidade de sobreviver, o que evitava uma competição demasiadamente agressiva. As empresas não líderes aceitavam um *status* secundário permanente em troca de uma condescendência por parte da líder."⁶¹ Como o próprio autor afirma, ainda hoje existem inúmeras empresas no mercado competitivo que se comportam de acordo com o mercado de competição tradicional, defendido por Porter, sendo que são poucas as empresas, nos Estados Unidos, que se comportam segundo sua teoria.

⁶¹ - D'AVENI, Richard. *Hipercompetição: Estratégias para Dominar a Dinâmica do Mercado*. Rio de Janeiro : Campus, 1995. p.193.

O autor defende a idéia de que um ambiente de hipercompetição pode ser visto como uma versão mais acelerada da competição tradicional, ou seja, deve se dar de forma que o sucesso da empresa dependa de uma combinação diferente de estratégias e ações para atingir uma vantagem temporária e destruir as vantagens dos concorrentes através da quebra constante do equilíbrio do mercado.

D'Aveni compara, conforme Quadro 5, a forma de competição tradicional, usada quando o ambiente permanece estável por anos, e a hipercompetição. Ressalta a diferença entre as estratégias necessárias para obter sucesso em ambas formas.

QUADRO 5

Comportamentos Tradicionais versus Comportamentos Hipercompetitivos

| Tipo de Competição | Estratégias | Ações | Metas | Método de Evitar a Concorrência Perfeita |
|--|--|--|---|---|
| Competição Tradicional em Ambientes Estáveis | <ul style="list-style-type: none">• adequação interna• estratégia rígida• compromissos (investimentos irreversíveis) que são difíceis de mudar, de forma que terceiros evitem seu território | <ul style="list-style-type: none">• escalada lenta♦• descobre mercado ou segmentos onde ninguém está competindo | <ul style="list-style-type: none">• sustenta vantagem do protagonista que está na frente• estabelece "equilíbrio" estável entre protagonistas, permitindo que os demais protagonistas tenham lucros e sobrevivam | <ul style="list-style-type: none">• empresas nunca atingem o topo da escalada em cada arena♦♦• mesmo que todos os protagonistas alcancem um estado de paridade competitiva, as partes cooperam silenciosamente para elevar os preços ou reduzir a competição |
| Hipercompetição em Ambientes de Rápidas Mudanças | <ul style="list-style-type: none">• estratégias frequentemente em mudanças com base nos Novos 7S♦♦♦ | <ul style="list-style-type: none">• movimentos rápidos, agressivos• escalada acima | <ul style="list-style-type: none">• vantagem temporária• ruptura constante do <i>status quo</i> entre protagonistas• uma vez na frente, esmaga concorrentes que estão atrás | <ul style="list-style-type: none">• empresas trocam rapidamente de arena e ultrapassam o topo de escalada em cada arena para reiniciar a competição |

♦ **Escalada:** o autor define como movimento competitivo dinâmico realizado pela empresa para atuar em diferentes arenas.

♦♦ **Arena:** uma vantagem competitiva - 1) preço e qualidade, 2) timing (duração e crescimento de rentabilidade) e Know-how, 3) fortaleza (barreira a entrada de concorrentes), 4) reservas financeiras.

♦♦♦ **7s:** formas utilizadas para alterar a posição de uma empresa nas arenas, Superior stakeholder satisfaction, Strategic soothsaying, Speed, Surprise, Shifting the rules fo the game, Signaling strategic intent e Sequential and simultaneous thrusts.

Com essa comparação o autor quer evidenciar que num ambiente hipercompetitivo as empresas estão sujeitas a mudanças constantes e que tais mudanças vão além de adaptações ao ambiente, passam também por mudanças de filosofia da organização. Ele defende que nenhuma organização é capaz de construir uma vantagem duradoura, alega que as vantagens são vítimas de erosão. "Assim, neste ambiente, a empresa tem que agir ativamente na ruptura de suas próprias vantagens e de seus concorrentes."⁶²

⁶² - D'AVENI, Richard. *Hipercompetição*: ... p.195.

8 - METODOLOGIA

O presente trabalho pode ser considerado como teórico-empírico, pois consideramos para tal a realização de revisão bibliográfica e o desenho da pesquisa de campo.

O referencial teórico foi baseado em trabalhos publicados sobre planejamento estratégico e a pesquisa de campo se deu através de uma investigação empírica.

Esse estudo empírico pode ser considerado como uma pesquisa exploratória qualitativa⁶³, ou seja, uma tentativa de construção de algum conhecimento a partir de um trabalho de campo de apreensão e tentativa de reprodução de uma realidade observada.

8.1 - Fonte do Estudo Empírico

A principal fonte de dados para o desenho da pesquisa foi o contato pessoal da autora com profissionais das empresas da amostra. Esse desenho apresenta dados primários e secundários qualitativos sobre os quais não foi feito um tratamento estatístico.

⁶³ - MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento*. São Paulo/Rio de Janeiro : Hucitec-Abrasco, 1993. p. 89.

Como dados primários temos as informações obtidas nas entrevistas e os contatos com alguns especialistas da área. Como dados secundários os fornecidos pela Abramge. Esta disponibilizou dados gerais sobre Emg's no Brasil como população coberta, tipos de estrutura de atendimento e evolução do mercado. O dado mais específico fornecido é que em 1995, do total de 16.800.522 usuários no Brasil, 9.723.208, ou seja 57%, estão no Estado de São Paulo. Dados específicos a respeito da cidade de São Paulo não são fornecidos, sendo este um fator de limitação do trabalho. Na verdade, não foi possível saber se são disponíveis.

É importante salientar que a escassez de bibliografia sobre Emg's, ao mesmo tempo em que configurou certa lentidão na construção do trabalho, também permitiu que se trabalhasse publicações de jornais e revistas na medida que o tema era assunto em discussão na mídia.

8.2 - Delimitação do estudo

Para delimitar melhor o objeto de estudo, as Emg's, no espaço e no tempo, pensamos inicialmente num levantamento de dados e informações, relacionados ao tema durante a década de 80.

A delimitação de tempo na década de 80 não foi possível devido à dificuldade de obtenção de dados desse período junto às Emg's da amostra.

Foi detectado durante a pesquisa que nesse período os dirigentes dessas organizações ainda não se preocupavam com fatores como concorrência, custos, qualidade de serviços percebida pelo cliente entre outros, e que somente no final da década de 80 e meados da década de 90 variáveis como concorrência, pesquisa de mercado, promoção e propaganda e atenção ao cliente começam a ser tratadas mais atentamente.

O trabalho se limita à cidade de São Paulo por razões de limitação como tempo, distâncias geográficas e recursos. A cidade situa-se no Estado responsável por 50%, aproximadamente, da receita tributária arrecadada pela União, onde surgiram as primeiras Emg's. Isto faz com que se tenha claro que o trabalho pode não ser válido para todas as demais existentes no Brasil.

8.3 - Caracterização do Universo

Quando da elaboração do projeto de dissertação ficou claro que o cenário seria constituído pelo segmento de mercado formado pela Assistência Médica Supletiva, pois já estava claro que o foco desse estudo seriam as Emg's.

Para especificar quais as Emg's estudar pensamos em pesquisar as Emg's de maior representatividade no mercado de São Paulo.⁶⁴ Buscamos na Abramge referência sobre essa representatividade e obtivemos uma relação das 20 Emg's classificadas segundo critério de população coberta (usuários) em todo Brasil.

Diante da insuficiência de informações e a inconsistência dados presentes na mídia tomamos essas Emg's como nosso universo.

Temos a seguir as 20 maiores Empresas de Medicina de Grupo do Brasil para 1994⁶⁵ e suas respectivas sedes:

- 1.Amil (RJ)
- 2.Amico (SP)
- 3.Interclínicas (SP)
- 4.Intermédica (SP)
- 5.Medial (SP)
- 6.Amesp (SP)
- 7.Promédica (BA)
- 8.S. L. Saúde (SP)
- 9.Health (SP)
- 10.Saúde Unicor (SP)
- 11.Semepe (PE)

⁶⁴ - Obs.: As empresas, em geral, são classificadas em diferentes tamanhos de acordo com o número de funcionários. Para este estudo seguimos a classificação de tamanho (de acordo com número de usuários) proposta pela instituição que respresenta as Emg's, a Abramge.

⁶⁵ - DATABRAMGE. Informe de Assessoria de Imprensa. São Paulo : Abramge, 26 maio 1994.

- 12.Instituto Iguatemi (SP)
- 13.Nacional Saúde (SP)
- 14.Jundiaí Clínicas (SP)
- 15.Assim (RJ)
- 16.Samp (SP)
- 17.Semic (RJ)
- 18.Ciamel (SP)
- 19.São Camilo (SP)
- 20.Paraná Clínicas (PR).

8.4 - Definição da Amostra

Definido o universo, passamos a nos preocupar com a amostra. O primeiro passo nesta direção foi estabelecer critérios para desenho da amostra.

Adotamos como *Primeiro Critério*, a necessidade das Emg's da amostra terem sede na cidade de São Paulo. Praticamente todas estão localizadas nesta cidade. Do total de 20 Emg's, 06, que eram de outros estados, foram eliminadas. A partir daí optamos por iniciar contatos com as

14 restantes e foi possível perceber que o acesso às empresas não era fácil.

Diante desse fato, o *Segundo Critério* adotado foi o limite de tentativas de contato com as Emg's de São Paulo, reduzidas a 14. O número limite estabelecido foi de 5 ligações. Ou seja, não sendo possível o contato após 5 tentativas a empresa seria descartada.

Seguindo esse critério foram eliminadas 05 Emg's nas quais foi impossível qualquer contato com alguma pessoa que pudesse nos receber.

Em outro tipo de pesquisa a amostra seria considerada como 14 e a não resposta seria analisada. No entanto, como aqui os dados obtidos do contato eram o substrato da investigação, e consideramos as 09 restantes como nossa amostra final.

Desse modo das 09 Emg's da amostra, (Interclínicas, Intermédica, Medial, Amesp, Health, Saúde Unicor, SL Saúde, Instituto Iguatemi e Nacional Saúde) somente uma, quando estabelecido o contato, alegou que a empresa não poderia fornecer qualquer informação. De acordo com o Gerente de Marketing que nos recebeu na época, as informações a serem fornecidas eram confidenciais.

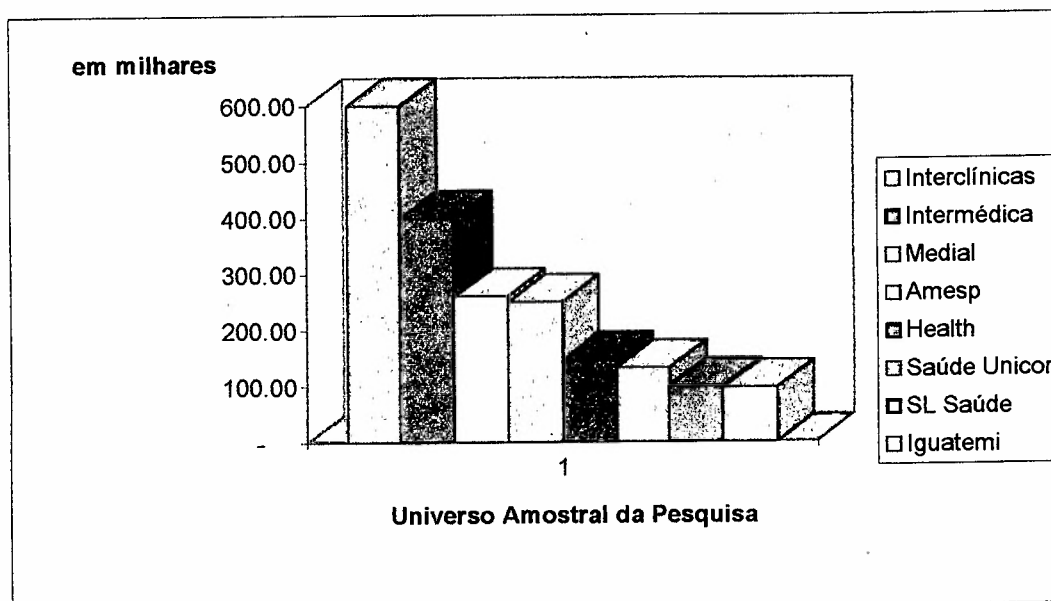
Assim, a amostra finalmente obtida é uma amostra de conveniência não probabilística⁶⁶ cuja análise tenta descrever ou mesmo projetar

⁶⁶ - GOODE, William Josiah & HATT, Paul K. *Método em Pesquisa Social*. São Paulo : Nacional, 1979. p. 239.

tendências, pontos em comum e formas específicas de atuação organizacional. Vale a pena ressaltar que estamos lidando com números representativos da realidade brasileira pois, conforme descrito no tópico sobre Objeto de Estudo, 97 das 170 Emg's filiadas à Abramge, ou seja 75%, estão no Estado de São Paulo.

O Quadro 6 ilustra a cobertura populacional desta amostra, por ordem decrescente de número de associados:

QUADRO 6



Fonte: pesquisa de campo realizada em novembro de 1994.

* Relação Databramge 26/05/94. Não forneceu o número de associados, fornecendo somente o nome das EMG's associadas à Abramge.

** Pesquisa de Campo realizada pela autora em set/nov. 1994. Dados fornecidos por cada uma das empresas.

8.5 - O Instrumento de Coleta de Dados

Como instrumento de coleta de dados primários foi utilizado um roteiro de entrevistas semi-estruturado⁶⁷. O mesmo funcionou como um orientador da pesquisa na tentativa de delinear melhor o objeto, contribuindo para revelar os pontos ou juízos relevantes a respeito dos fatos e relações que formam o objeto de estudo.

O critério para construção desse roteiro foi o de elencar aspectos organizacionais relacionados à origem da empresa, seus fundadores, estrutura organizacional e física, serviços e produtos oferecidos, utilização de ferramentas de marketing, atuação em outro setor e outros, uma vez que esses aspectos estão diretamente relacionados ao objetivo proposto no início do trabalho.

Na medida em que aconteceram as primeiras entrevistas percebemos que não haveria necessidade de mudanças quanto aos itens do roteiro de entrevista (Anexo 1). Ou seja, o instrumento usado no pré-teste foi aplicado.

⁶⁷ - GOODE, William J. & HATT, Paul K. *Método...* p. 239.

8.6 - O Modelo de Análise

As entrevistas foram realizadas pessoalmente pela autora, com dirigentes contatados e agendados previamente em cada empresa. Foram também contatados outros profissionais da área da saúde ligados ao setor público e privado que muito contribuíram para o entendimento de questões que cercam o assunto.

As entrevistas tiveram duração média de 2 horas, pois como nos utilizamos de um roteiro norteador para abordagem, em grande parte dos casos o informante não possuía todas as informações necessárias, precisando recorrer a terceiros.

As informações obtidas não sofreram nenhum tratamento estatístico, pois quando os dados se apresentam na forma de discurso, a análise pode compreender⁶⁸:

1 - a preparação e a descrição do material bruto: a fonte dos dados como já descrita no início desta parte, originou de entrevistas e contatos. A preparação do material bruto visou essencialmente transcrever as informações obtidas.

2 - redução dos dados: com ajuda de certos princípios organizadores, ou seja, componentes do discurso (palavras, passagens) foi feita uma associação dos dados da pesquisa com o tema (variáveis) de interesse para o estudo, a fim de reduzir e estruturar o conjunto de dados e informações

⁶⁸ - SOUZA, Sílvia R. de. *Saber Preparar uma Pesquisa*. São Paulo/Rio de Janeiro : Hucitec/Abrasco, 1994. p.88.

gerados inicialmente. O procedimento para essa redução seguiu o modelo de “marcação dos temas e a realização de reagrupamentos”⁶⁹, ou seja, os dados foram reduzidos de maneira indutiva, pois o tema (planejamento estratégico) foi determinado a partir da base empírica e posteriormente houve reagrupamentos (integração vertical, crescimento, missão) em torno desse tema. (Anexo 2).

3 - escolha e aplicação do modo de análise: formatado o modelo de dados previamente organizado, esse se apóia na comparação de uma configuração teórica predita com uma configuração empírica observada. Essa comparação se dá na medida em que confrontamos a abordagem teórica fazendo referência aos dados da realidade empírica, como descrito no tópico sobre Pesquisa de Campo.

⁶⁹ - SOUZA, Sílvia R. de. *Saber...* p.89.

9 - RESULTADOS DA PESQUISA

Nesta parte mostraremos os dados obtidos através da pesquisa de campo ao mesmo tempo evidenciando aspectos teóricos a eles relacionado. Resumidamente temos esses dados conforme.

Tentamos mapear variáveis que ajudem na compreensão das possíveis estratégias delineadas pelas empresas pesquisadas. As variáveis descritas por Marcondes (estratégia, processo básico, ator central, ambiente e vocabulário) definidas na sétima parte para ilustrar as diferentes escolas do pensamento estratégico, também foram analisadas em nossa pesquisa. Isso permitiu percebermos que as Emg's, de forma geral, muito se identificam com a teoria de Porter.

A saber, as variáveis:

1 - *Integração Vertical*: a empresa investe capital para executar internamente parte relevante dos procedimentos administrativos, produtivos, de distribuição ou de marketing necessários à fabricação de seus produtos ou serviços em vez de contratar terceiros para fazê-los.

Porter define que o processo de integração vertical representa "uma decisão da empresa no sentido de utilizar transações internas ou

administrativas em vez da utilização de transações de mercado para atingir seus propósitos econômicos.”⁷⁰

Dentre as 08 Emg's da pesquisa, 06 têm pelo menos 01 hospital próprio, centros médicos e ambulatórios próprios. Podemos dizer que pelo tipo de estrutura física, se própria ou credenciada, verificamos a verticalização dessas organizações. Neste sentido a verticalização ocorre na medida que parte do processo de produção de seus serviços de assistência à saúde é investimento próprio e executado pelas mesmas.

Outra inferência que podemos fazer com relação à verticalização é que nossa amostra é composta pelas Emg's de maior representatividade no mercado. São maiores quanto ao número de associados, como descrito anteriormente, e teoricamente com maior poder de investimento de capital. Isso sugere que essa variável, verticalização, esteja relacionada justamente a esse fato.

Por outro lado teríamos que analisar o processo de verticalização nas Emg's de menor porte. No nosso estudo isso se torna inviável dado o tipo de amostra que temos, e por conseguinte a falta de dados.

Foi mencionado por todas Emg's pesquisadas que há uma tendência forte no mercado em se diminuir investimentos em recursos próprios (construção de hospitais) e utilizar-se mais de recursos credenciados. Segundo as Emg's o custo do recurso credenciado é bem menor, sendo mais vantajoso. Esse custo não foi mencionado.

⁷⁰ - PORTER, Michael E. *Estratégia Competitiva...*p.278.

Mas alguns dados sugerem que ocorra não uma diminuição no investimento em recursos próprios, mas sim um não investimento no mesmo. Mendes⁷¹ mostra, por exemplo, que entre os anos de 1987 e 1989 o segmento Medicina de Grupo teve percentual zero no crescimento de faturamento.

Isso pode justificar a informação de que mais de 60% dos recursos das Emg's são credenciados conforme Gráfico 2. No entanto, os cerca de 40% restantes são próprios, o que configura algum grau de investimento.

2 - *Entrada em Novos Negócios*: Porter evidencia que a forma de entrada em um novo negócio, sob o ponto de vista da empresa entrante, na forma de aquisição representa uma estratégia semelhante à entrada através de desenvolvimento interno.

Na pesquisa tivemos 02 Emg's que atuam em outros negócios surgidos a partir de oportunidades de investimento de capital e capacidade de desenvolvimento interno do mesmo. Uma atua no mercado de seguro de vida individual e em grupo, e a outra atua no mercado de informática. As demais declaram não atuarem em outro setor.

Ficou claro, nas entrevistas, que na grande maioria não existe o interesse em entrar, ou mesmo desenvolverem-se em outro negócio que não seja o de prestação de serviços de assistência médica. O discurso é de viabilizar um atendimento não realizado pelo setor público.

⁷¹ - MENDES, E. V. *As Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 80*. Brasília, nov. 1991. mimeo.

O que não nos parece verdadeiro, pois o alto custo desses investimentos e da própria assistência médica tem mostrado que o investimento tem ocorrido por parte do setor público, como mostra Buss⁷². Do total de 34.831 estabelecimentos com internação hospitalar no Brasil, 22.706 são públicos e 12.125 são privados, ou seja, 65% dos estabelecimentos são investimentos do setor público.

3 - *Expansão da Capacidade*: Porter coloca que as “decisões para a expansão da capacidade exigem que a empresa comprometa recursos com base nas expectativas quanto às condições em um futuro distante”⁷³

Salienta dois tipos de expectativas: demanda futura, ou seja, haverá mercado para tal expansão; e comportamento da concorrência, ou seja, como contornar o excesso de capacidade no setor.

Com relação à demanda futura, como analisado no tópico sobre Objeto de Estudo, os dados mostram que as Empresas de Medicina de Grupo vêm perdendo mercado dentro do segmento de Assistência Médica Supletiva, pois em 1987 tinham 58% do mercado e em 1995 têm somente 41% do mesmo. Mas provavelmente a não expansão da capacidade esteja mais ligada ao fator custo, do que no fator parcela de mercado. Pois, dado o aumento nos custos que os serviços de assistência médica tem enfrentado nos últimos anos, como já comentado, no parece ou parece haver uma

⁷² - BUSS, Paulo, M. & LABRA, Maria E. (org.). *Sistemas de Saúde : continuidade e mudanças*. São Paulo/Rio de Janeiro : Hucitec/Fiocruz, 1995. p.85.

⁷³ - PORTER, Michael E. *Estratégia Competitiva*...p.300.

tendência por parte dessas empresas a não investir recursos próprios para aumento dessa capacidade.

Em nossa pesquisa não tivemos acesso a informações das empresas participantes sobre variação do número de população atendida.

Com relação ao mercado concorrente das Empresas de Medicina de Grupo quanto à expansão da capacidade do setor face, o tipo de análise a ser feita se identifica com a análise em relação a investimentos, ou seja, pode estar ocorrendo uma redução nos investimentos como também um real não investimento.

Da nossa amostra 02 Emg's alegam ter desconhecimento do mercado concorrente por não trabalharem com pesquisas de mercado, e 06 empresas dizem trabalhar dados de mercado coletados junto à concorrência. Mas alegam não ter condições de analisar a capacidade de expansão das concorrentes.

4 - *Missão*: o tratamento que foi dado a esta variável, foi no sentido de entender missão como a finalidade pela qual a empresa atua nesse segmento. Marcos Cobra salienta essa variável no sentido de a instituição ser clara quanto a "estar no negócio de saúde " ou "estar preocupada com qualidade de vida das pessoas."

Na pesquisa tivemos 03 empresas que dizem estar no mercado para prestar uma assistência médica com qualidade para as pessoas; 03 empresas, além da qualidade, alegam necessitar ter custos mínimos para

que o serviço possa ser prestado e 02 dizem estar no mercado porque são empresas que visam o lucro.

5 - *Tipos de Serviços/Produtos*: para a análise desta variável consideramos o tipo de serviço ou produto oferecido pela empresa, e quais desses são tidos como diferenciados. Cobra defende a idéia de que o produto está associado a um trabalho de marketing na medida que este lida com as estratégias que vão administrar a procura por esses produtos/serviços, a fim de suprir a satisfação do consumidor.

Porter acredita que o produto e/ou serviço diferenciado será uma barreira à entrada de novos concorrentes. Argumenta que as empresas já estabelecidas conseguem formar um vínculo de lealdade e marca identificada com clientes que dificilmente será superado pelas empresas entrantes.

Todas as empresas da pesquisa trabalham basicamente com planos básicos e diferenciados. A distinção básica entre esses dois tipos é quanto ao grau de sofisticação oferecido ao beneficiário, que pode estar relacionado ao tipo de hospedagem, se quarto ou enfermaria; o preço cobrado pelo plano que geralmente varia conforme a idade e o número de pessoas coberta pelo mesmo, abrangência geográfica do plano, se local ou fora do Estado; a existência ou não de períodos de carência; a duração do contrato onde a maioria tem vigência fixa e quando termina o período o mesmo é renovado automaticamente pelo mesmo prazo ou outro prazo, ou

até prazo indeterminado; e exclusão, ou seja, procedimentos e patologias não cobertos pelo plano.

Todas as empresas trabalham com os dois tipos de planos, seguindo critérios próprios para classificá-los como básicos ou diferenciados, mas não fugindo dos dois tipos no geral.

No nosso trabalho não pesquisamos as características dos diferentes tipos de planos praticados pelas empresas. Nosso interesse foi o de verificar o que elas consideram e trabalham como diferencial.

6 - *Crescimento*: ficou evidente a necessidade das Emg's em aumentar seu mercado, haja vista o quadro de evolução apresentado anteriormente, que nos mostra que o mercado supletivo aumentou, mas o segmento das Emg's diminuiu quando comparado com os outros segmentos. Essas empresas têm investido em produtos, marcas e propaganda para atrair consumidores. Segundo os informantes da pesquisa esses investimentos têm dado resultado na medida em que a procura pelos planos aumenta. Mas não nos foi fornecido nenhum dado concreto sobre esses resultados.

Um achado interessante, foi citado por um Diretor: "...em 1989 a Diretoria resolveu formar uma empresa em sociedade com outras Emg's para atuarem em "Alianças Estratégicas": aliam-se alguns concorrentes (07 Emg's) cujos donos são amigos e passam a usufruir de estrutura única (05

clínicas) para atendimento de beneficiários com o objetivo de diluição de custos. São 03 no ABC e 02 em Osasco. A gestão da mesma é feita por 03 Diretores representantes dos 07 sócios, que definem as normas básicas de funcionamento da estrutura.”

Como adendo foi realizada uma pesquisa pelo Jornal Folha de São Paulo⁷⁴ na qual foram analisados 22 planos de saúde, compreendendo os segmentos de Medicina de Grupo, Seguros Saúde e Sistema Único de Saúde. Vale a pena ressaltar que 06 das empresas da amostra citadas neste trabalho fazem parte dessa pesquisa realizada pelo Jornal Folha de São Paulo.

A mesma está dividida em 03 partes, a saber:

- especialistas do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) e da Associação Paulista de Medicina (APM) determinaram indicadores de qualidade como: perfil da empresa, acesso ou facilidade de uso do serviço, vínculo médico/paciente e qualidade da assistência

- especialistas da Coordenadoria de Proteção e Defesa do Consumidor (Procon) analisaram contratos realizados por essas empresas, verificando garantias contratuais, períodos de carência, extensão de cobertura e limites na assistência entre outros

⁷⁴ - CSILLAG, Cláudio. Escolha a Melhor Cobertura Médica para Você e Sua Família. *Jornal Folha de São Paulo*, São Paulo, 21 mar. 1995. Caderno Especial, 16p.

- especialistas do Datafolha realizaram pesquisa de opinião pública com usuários e médicos a respeito de dez organizações que vendem planos de saúde.

Para Júlio Bierrembach, vice-presidente da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (Fenaseg) o setor saúde é o que apresenta a maior concorrência dentre todos outros tipos de seguro, sendo fator positivo na medida em que as coberturas aumentam e as carências e limites de internações diminuem.

O que pôde ser aferido com a pesquisa, resumimos a seguir:

- perfil da empresa: indicadores como variação no número de usuários num determinado intervalo de tempo podem apontar para desempenho da organização; a proporção dos gastos da organização por usuário pode sugerir uma previsão da saúde financeira da empresa; e baixo investimento na atividade final, ou seja a cobertura médica, pode sugerir ineficiência administrativa e falta de competitividade

- acesso ou facilidade de uso do serviço: indicadores como número de etapas burocráticas para realizar uma simples consulta, ou com um especialista, etapas para internação, exames básicos e outros mostraram etapas de burocratização que o usuário precisa passar para conseguir realizar determinado procedimento. Ficou evidente que as empresas têm exigido um mínimo de etapas burocráticas mais em função da concorrência

do que pela eficiência administrativa das mesmas. A existência de rede credenciada ou própria aponta para uma distribuição geográfica das unidades de serviços de forma mais ou menos equilibrada com a distribuição dos usuários

- vínculo médico/paciente: indicadores como porcentagem de usuários satisfeitos com duração de consulta, que confiam no plano e que dizem receber apoio psicológico por parte do médico oferecem uma orientação básica para o fundamento da atividade médica que é o vínculo entre médico e paciente. Quanto mais os usuários estiverem satisfeitos com esses indicadores maiores são as chances de surgir e mesmo aumentar esse vínculo

- qualidade de assistência: indicadores como existência de programas de prevenção de doenças e saúde infantil podem sugerir que a empresa que oferece o plano tem interesse em manter seus usuários saudáveis e que o mesmo sabe combater fontes de custos (tratamentos caros) e, portanto, cuidar de sua saúde financeira. A pesquisa revelou que menos da metade dos planos consultados mostrou conduzir programas aceitáveis de prevenção de doenças. Observou-se a existência de simples campanhas de esclarecimentos. Nenhum plano mostrou possuir dados básicos para realizar um controle adequado da saúde infantil. Por fim, indicadores de infecções hospitalares ou frequência de diagnósticos foi encontrado em

poucos planos, pois isso revelaria uma vantagem técnica sobre a concorrência.

- cláusulas contratuais: indicadores como garantia de finalização de tratamento em andamento caso haja rescisão contratual, garantia de atendimento de urgência ou emergência fora da rede credenciada, índices de reajsute adotado, definição de faixas etárias para aumento de mensalidades e destaques a cláusulas restritivas podem sugerir garantias contratuais de atendimento. A falta de clareza nos contratos com cláusulas ambíguas, controversas e até abusivas, que exigem conhecimentos técnicos é comum na maioria das empresas consultadas

- opinião sobre empresas: indicadores como porcentagem de usuários satisfeitos com a capacidade profissional dos médicos, com a variedade de opções de médicos credenciados, com hospitais credenciados, com atendimento dos profissionais da área administrativa revelam satisfação por parte dos usuários com o plano que possuem. Resultante da pesquisa, 80% dos entrevistados se mostraram satisfeitos.

9.1 - Outros Órgãos Atentos às Emg's

O Instituto de Defesa de Consumidor⁷⁵ (Idec) relatou em novembro de 93, alguns problemas comuns ao analisar 66 planos de saúde durante mais de quatro meses. Neste relato chega-se a algumas conclusões:

- o valor pago pela maioria dos planos de saúde de livre escolha é insuficiente para cobrir os gastos com cirurgias em hospitais de primeira linha;

- os contratos não especificam o percentual de reembolso;

- muitas vezes os planos de saúde são oferecidos para assistência médica em hospitais e laboratórios de primeira linha, mas com uma série de limitações;

- o credenciamento de médicos, hospitais e laboratórios, sem prévia comunicação ao associado;

- muitos planos aplicam reajustes ilegais.

O Procon⁷⁶ registrou em 1994, 3.875 expedientes administrativos referentes aos serviços prestados por planos de saúde, o que representou um aumento de 469% em relação a 1993. São de toda ordem os tipos de problemas enfrentados pelo consumidor que procura o Procon,

⁷⁵ - PLANOS de Saúde. *Jornal O Estado de São Paulo*, São Paulo, 07 nov. 1993. Caderno Suas Contas. p.54.

⁷⁶ - CSILLAG, Cláudio. Escolha ...p.10.

evidenciando um consumidor em situação de total desvantagem. Alguns exemplos:

- dúvidas e problemas referentes a reajustes de mensalidades, gerados por cláusulas obscuras e que, via de regra, permitem a alteração de preço com base em critérios do próprio plano

- a não cobertura ou reembolso de despesas decorrentes de atendimento

- cláusulas contratuais pouco claras, ambíguas, controversas e até abusivas, que exigem conhecimento técnico específico para serem entendidas

- rescisões contratuais que deixam muitos consumidores totalmente desamparados, principalmente idosos e pessoas em tratamento médico.

10 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo das Emg's nos levou a tecer algumas considerações que achamos pertinentes para concluir este trabalho.

Consideramos, primeiramente, características comuns a todas Emg's pesquisadas:

- surgem na década de 60, final de década de 50, época em que o setor público é forte comprador de serviços de assistência médica privada para os previdenciários do INAMPS;

- surgem para atender aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho que emerge;

- maioria das sociedades é composta por médicos conhecidos no meio hospitalar, ou então por grupos de médicos que fazem parte do corpo clínico de algum hospital.

- boa parte dos clientes iniciais eram provenientes dos próprios consultórios dos médicos empreendedores e dos contatos com os empresários da época;

- quase todas tinham contratos de prestação de serviços de assistência à saúde homologados com a Previdência, mas a maioria abandona os mesmos na década de 80, pois os problemas de atrasos nos pagamentos eram enormes;

- a maioria das Emg's são sociedades de capital fechado onde, na maioria, os sócios são os diretores atuantes;

- maioria das Emg's sofreu modificações na forma de gestão, principalmente a partir de meados da década de 80, criando áreas comerciais, de atendimento exclusivo ao cliente;

- possuem atendimento ambulatorial em vários estados do Brasil através do sistema de credenciamento da Abramge, conhecido como sistema de congêneres;

- algumas promovem trabalhos de medicina preventiva nas empresas;

- durante a década de 80 começam com planos individuais em função de ex-funcionários que queriam continuar com o plano da empresa.

Ficou claro, depois de analisados os dados, que a questão da estratégia nas Empresas de Medicina de Grupo, não é um processo racional e planejado, pelo menos no início da formação dessas organizações.

Hoje a maioria das Emg's trabalha ferramentas do planejamento estratégico, podendo-se dizer que em muitos casos são decisões estratégicas conscientemente tomadas. Mas a impressão maior é que a maioria dessas empresas ainda se encontram numa fase amadora, os tomadores de decisão nessas empresas não se utilizam de um processo formal para atuarem. Acreditamos que a atual situação mercadológica, estrutural, financeira e mesmo cultural dessas empresas é consequência de ações tomadas deliberadamente no passado.

As informações fornecidas por essas organizações nos fazem perceber que as mesmas utilizam-se de ferramentas do planejamento

estratégico tais como integração vertical, atuação em outros negócios, diversificação de serviços, entre outros.

Quanto à verticalização ficou perceptível que o processo de prestação do serviço de assistência médica, quando executado pelas Emg's, se dá de forma verticalizada em quase 40% das mesmas. Os altos custos para esse processo, mantendo hospitais próprios, equipamentos médicos e pessoal próprio têm se mostrado como fator inibidor desse processo de verticalização. Há, na verdade, uma tendência a uma estrutura de recursos contratada e credenciada.

Quanto à atuação em outros negócios, percebemos que não há interesse por parte das Emg's em investir em outros setores do mercado. A maioria das empresas consultadas não atua em outro setor.

A capacidade dessas empresas em expandir sua atuação no mercado nos parece comprometida pela própria perda de "market share" que tem ocorrido nos últimos anos, como mostrado anteriormente.

Quanto ao produto/serviço essa variável não foi detalhada a nível de preços cobrados, tipos de contratos, prazos de carência, exclusões, período de duração e outros, pois não é este o nosso foco. Gostaríamos de registrar que encontramos algumas Emg's desenvolvendo trabalhos voltados para medicina preventiva, tendo setores com profissionais médicos, psicólogos, assistentes sociais alocados para tal atividade nas empresas contratantes de serviços de assistência médica. Um outro serviço que vem sendo utilizado por empresas que oferecem planos de saúde, não especificamente

as Emg's, é o do atendimento médico domiciliar, onde o custo do tratamento, quando não requer maiores cuidados, é quase a metade do que seria num hospital, além da recuperação mais acelerada do paciente.

Quanto a variável crescimento podemos nos referir primeiramente ao mercado supletivo como um todo, que vem aumentando nos últimos anos. Entre 1987 e 1995 esse mercado aumentou em quase 80%. Quando nos referimos às Emg's em meio a estagnação ou não do mercado acreditamos que parte do sucesso das mesmas depende não só de aumentar "market share", mas de preservar esse mercado oferecendo produtos e serviços com qualidade, condições contratuais sem armadilhas ou "surpresas" que deixam o usuário em situação de dificuldade.

O conflito entre associados e empresas que vendem planos de saúde é reforçado pelo governo na medida em que este subsidia indiretamente essas empresas: "...na ordem de 2 bilhões de dólares - é essa quantia que o Leão deixa de recolher, todos os anos, ao permitir que os gastos com planos de saúde e despesas médicas em geral sejam abatidos da declaração do imposto de renda."⁷⁷ Esse conflito fica mais evidente quando da falta de regulamentação para o setor, além do nível de desinformação dos usuários. Quando esses têm qualquer tipo de problema com seus planos de saúde, em muitas situações, ficam em desvantagem diante de contratos absurdos, cuja essência, em muitos casos, necessita de

⁷⁷ - VARELLA, Flávia & PASTORE, Karina. A Medicina da Ilusão. Revista Veja. São Paulo, 8 maio 1996. p.54.

especialista para entendimento da situação. Além do que o usuário descobre esse tipo de problema somente quando necessita usar os benefícios de seu plano.

Alguns questionamentos podem ser feitos quando retomamos sobre a dificuldade de informações nesse segmento. Como colocado por um dirigente de uma das empresas contatadas que as informações eram confidenciais e não podiam ser fornecidas, fica a indagação de que quando tratamos de variáveis de mercado, um fator considerável é o próprio conhecimento deste e para isso as empresas trocam informações a fim de buscarem ou mesmo desenvolverem ações estratégicas de acordo com seus objetivos.

Outra indagação é que sendo as Emg's um segmento que visa a finalidade lucrativa onde o fator sobrevivência é relevante, entre outros, percebemos que a questão ou mesmo a preocupação com estratégias não é considerado mais concretamente. Fica a impressão que existe uma preocupação muito mais com o operacional da situação atual sem que haja definição por parte dessas de objetivos que orientem essas mesmas ações.

Finalmente cabe dizer que há necessidade de um entrosamento efetivo entre o setor público e privado para que as linhas de atuação desses setores estejam mais claras e melhor definidas. Esse entrosamento será consequência direta do envolvimento governamental como órgão normativo

e fiscalizador concedendo autorização para funcionamento das empresas, definindo tipos de coberturas mínimas, exigindo trabalhos de medicina preventiva, atuando nessas empresas com serviços de auditorias, entre outros.

11- ANEXOS

ANEXO 1

Roteiro para entrevista

Empresa:

Dia:

Informante:

1. Como surgiu a empresa?
2. Qual a missão da organização?
3. Que tipo de serviços e produtos são oferecidos?
4. Existe setor responsável por marketing?
5. Possuem algum serviço diferenciado?
6. Atuam em outro setor?
7. Fazem investimentos na organização?
8. Fazem estudos de mercado?
9. Quais as necessidades da empresa?
10. Como é a relação com o Governo/fiscalização?
11. E com a Abramge?
12. Como a empresa está estruturada fisicamente?
13. Total de beneficiários.
14. Total de funcionários.
15. Qual o valor do faturamento mês/ano?

ANEXO 2

| | AMESP | SL SAUDE | UNICOR | MEDIAL |
|--------------------------------------|--|---|---|--|
| Como surgiu | 1962-05 médicos e 01 admin.formam sociedade. Utilizaram conv.-homol. Em 1970 compram o 1o hospital. | 1974-médicos do hosp. São Luiz formam socied. No início só plano empresa. Utilizaram do conv.-homol. Em 84 pl. indiv/familiar. Em 86 adquirem 1o hospital. Em 89 tem a divisão, não mais pertence ao HSL. | 1989 - médicos do hospital Unicor formam sociedade, pois viram uma possibilidade de mercado. Começaram com plano Individual e o plano empresa veio em decorrência. | 1972 - sócios dão continuidade ao trabalho desenvolvido por um médico famoso de Marília na déc. de 40. |
| Missão | No início era prestar serviço à altura do prestado pelo HC, zelando pela ética e total compromisso com a saúde do paciente. Hoje, devido a concorrência, faz-se o que o pac. quer. | Atender/satisfazer/ lucrar/investir. | Prestar serviços médicos-hospitalares com fins lucrativos. | Qualidade com custos adequados. |
| Serviços/planos | Serviços: central de atendim. 24h Planos: Indiv.- básico e diferenciado empresa-básico e diferenciado. | Planos: básico e diferenciado. | Planos: básico com diferentes categorias por tipo de procedimento coberto. Diferenciado - atende em hospitais de 1ª linha. | Básico e diferenciado. |
| Marketing | Surgiu a necessidade em 1980. Hoje o setor comercial tem alguns trabalhos de marketing (Central Primeiros Passos). | Desenvolve produtos como planos e pesquisa de mercado. | Setor ligado diretamente às diretrizes do presidente. | Setor que desenvolve novos produtos, divulgação e comunicação interna e externa da empresa. |
| Serviço de saúde diferenciado | A Central de Operações para esclarecimento de dúvidas de clientes internos e externos. 98% das chamadas são problemas relacionados ao contrato. | O serviço de 24h de plantão p/ beneficiário | Serviço prestado por uma equipe interna para contato com empresas credenciadas sobre dúvidas e problemas contratuais/ Remoção aérea com 04 helicópteros/ Trabalho preventivo nas empresas/ SAC 24h. | Continua busca de oportunidade no segmento saúde e em específico no que atua em adequação ao mercado |
| Atua em outro setor | Não | Não | Não | Não |

| inves/mientos | Necesidad |
|---------------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Tecnología L
Neces

| | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|---|
| Investimentos | Treinamento de pessoal, equipamentos, tecnologia, propaganda. Existe um planejamento anual e 3% a 4% do faturamento é para treinamento e 7% para equipamento e tecnologia. | Treinamento de pessoal, equipamento, tecnologia, propaganda. Contratarem uma empresa para desenvolver e implantar um sistema de informática. | No planejamento anual a Diretoria decide quando e quanto investir, com projeção de resultados esperados, mercado a alcançar, produtos a lançar | Trimestralmente é feito planejamento projetando-se resultados financeiros. |
| Estudos de mercado | Não fazem. Consideram como concorrente a maior parte das EMG's. O SUS não é concorrente, pode ser no futuro. | Contratam empresas especializadas para pesquisa de mercado. | Fazem pesquisa para verificar novos produtos, preço, serviços, pois consideram ter mais de 300 concorrentes. | Fazem pesquisa de mercado. Usam serviços de publicidade de terceiros |
| Necessidades | Investir mais em tecnologia para oferecer serv. diferenciados, pesquisa de mercado para conhecer o concorrente e marketing para mostrar ao mercado seus produtos. | Investir em equipamentos para hospital, tanto em tecnologia quanto em informática e serviços de diagnósticos, aprimoramento da mão de obra. | Regulamentação do setor com definição de parâmetros de atuação do setor privado e público. Informatizar a empresa/informação Diminuir custo com mão-de-obra. | Continua busca da qualidade com redução de custos. Para isso estão trabalhando em cima das informações provenientes das pesquisas de mercado. |
| Relação com Governo/fiscaliz. | Fiscalização de depto de RH pelo MT. O SUS fiscaliza os hospitais quanto a normas básicas e adm. fazendária. | | | Governo deve definir os papéis entre setor público e privado |
| Abrange | Tem função política para defesa dos interesses comuns da classe. | | | Tem papel político representativo da classe |
| Estrutura | própria - 03 hospitais/20 centros méd credenciada - 50 hospitais/200 c. m. | própria - 01 hospital/05 centros médicos credenciada - 56 hospitais/01 centro diagn. 420 centros médicos/04 PS | própria - 08 centros médicos credenciado - 80 hospitais/700 clínicas/ 20 laboratórios. | própria - 02 hospitais/08 centro méd 05 serv. urg./01 laborat. credenciado - 17 hosp./38 serv. diag 19 ps/ 380 consult. |
| Total beneficiários | 240 mil 20% física/ 80% jurídica | 90 mil 20% física/ 80% jurídica | 160 mil 40% empresa/ 60% Individual-familiar | 260 mil |
| Total médicos | 500, sendo 200 próprios | - | 30 | 540 |
| Total funcionários | 1,300 | 850 | 800 | 750 |
| Faturamento | 3.000 milhões de dólares/mês. | - | - | - |

| | IGUATEMI | INTERMÉDICA | INTERCLÍNICAS | HEALTH |
|--------------------------------------|---|---|---|---|
| Como surgiu | 1960 - médicos da USP se associaram para formar um PS. Continuam com esta especialidade até 1978, quando constroem o 1o hospital. | 1969-60 médicos do hospital São Camilo formaram uma sociedade civil que prestasse assistência médica hospitalar a empresas. | 1966-grupo de médicos do Oswaldo Cruz e Samaritano formaram sociedade. | 1971-04 sócios, 01 advogado e 03 médicos. |
| Missão | Prestar assistência médico-hospitalar com recursos próprios promovendo a melhoria de qualidade. | Prestar serviços médicos hospitalares com qualidade. | Prestar serviço médico às empresas e pessoas físicas. | Prestar assistência médica a empresas de melhor qualidade e com custo mínimo. |
| Serviços/planos | Planos: indiv. básico e diferenciado - empresa - idem | básicos e diferenciados para empresas e particulares. | Básico e diferenciado. | Básico e diferenciado. |
| Marketing | Não tem nenhum trabalho de mktg | área ligada ao comercial, trabalham com um grupo interno de defesa do consumidor que conta com a participação de diretores e chefias, analisando as pesquisas de opinião dos clientes na busca da melhoria do atendimento ao mesmo. | Existe o departamento que efetua trabalho de pesquisas junto a clientes e concorrentes. | Contratam terceiros |
| Serviço de saúde diferenciado | A especialidade de atendimento em pronto-socorro | Trabalho de medicina preventiva executado por uma Diretoria de Medicina preventiva | Diferenciação está na prestação de um serviço médico-hospitalar de alto nível que abrange todo segmento da estrutura. | A qualidade dos serviços prestados |
| Atua em outro setor | Não | Seguro: Notre-Dame faz seguro de vida individual e para grupos (empresas) Odontologia: Inter-Odonto oferece serviços odontológicos. | Não. | Não |

| | | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|--|
| Investimentos | Não tem investido em equipamento, treinamento e ampliação física. | Existe um planejamento anual das atividades. | Existe um planejamento anual das atividades onde decide-se diretrizes para o próximo período, projeta-se resultados. | Tem investido em informática |
| | | | Tem-se investido muito em treinamento de func. na empresa | Contratam terceiros |
| Estudos de mercado | Não | Contam com apoio de terceiros para pesquisas de mercado concorrente e pesquisa de opinião do cliente. | como um todo. Sim. | |
| Necessidades | Profissionalização para melhor atuar de acordo com a expectativa do mercado que hoje está muito exigente, fazendo com que as empresas tenham um mínimo de noção da realidade empresarial e as questões que envolvem fazem parte. Definição de mercado a atender | | | Modernização |
| Relação com Governo/fiscaliz. | pois sendo hospital geral está su- | | | |
| Abrange | jeito a altos custos. Péssima, pois é impossível cumprir qualquer norma baixada pelo gov. | | Considera como um segmento político importante para o setor. | |
| Estrutura | própria: 01 hospital, 01 laborat., 07 ambulatorios. credenciada: consultórios, hospitais e serv. de diagnósticos. | própria: 02 hospitais, 23 ambulat., 02 PS. credenciada: 700 consult., 60 hosp., 400 serv. apoio e diagn., 30 PS. | | própria: 01 hospital, 07CM credenciada - 20 laborat/ 49 serviços apoio diagnóstico/ 94 hospitais e clínicas. |
| Total beneficiários | 40 mil 15% individual/ 85% empresa | 400 mil | 600 mil 70% empresa 15% ind. 15% fam | 120 mil 90% empresa 10% indiv. |
| Total médicos | 190 | 300 | 500 | 75 |
| Total funcionários | 610 | 1,100 | 1,200 | 375 |
| Faturamento | - | - | - | - |

12- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ABNT, NBR 12256/1992. Sobre tabelas e quadros.
- A GRANDE Alternativa. *Revista Medicina Social*. São Paulo : Abramge, maio 1990.
- ANSOFF, H. Igor. *A Nova Estratégia Empresarial*. São Paulo : Atlas, 1990.
- BACOCINA, Denize. Planos de Saúde Descobrem Pequenas Empresas. *Jornal O Estado de São Paulo*, 16 fev. 1997. Caderno Economia. p.b-6.
- BAHIA, Lígia. *Reestratificação das Clientelas para os Serviços de Saúde na Década de 80: um estudo exploratório do caso Amil*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro : ENSP, 1991.
- BARBOSA, Antônio P. *Qualidade em Serviços de Saúde*. Dissertação de Mestrado. São Paulo : EAESP/FGV, 1995.
- BARBOSA, Renato F. *Medicina de Grupo*. São Paulo : Mestre Jou, 1973.
- BASTOS, Rosa. Cresce Tendência por Atendimento a Doentes em Casa. *Jornal Folha de São Paulo*, 29 março 1994. p. a-6.
- BIANCARELLI, Aureliano. Exterior. *Jornal Folha de São Paulo*, São Paulo, 12 set. 1993. Caderno Brasil.

- BRAGA, José Carlos de Souza & PAULA, Sérgio Goes de. *Saúde e Previdência - Estudos de Política Social*. São Paulo : Cebes/Hucitec, 1981.
- BRASIL, Lei n. 8.078 de 11 de setembro de 1990. (Código de Defesa do Consumidor). *Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências*. Artigo 2o, capítulo 7. Diário Oficial da União. 12 de setembro de 1990.
- BRASIL, Legislação Brasileira, *Constituição da República Federativa do Brasil*. Título VIII. Cap. II, Seção II da Saúde. Artigo 196 a 200, BSB, 1988.
- BUSS, Paulo M. & LABRA, María E. (org.). *Sistemas de Saúde: continuidade e mudanças*. São Paulo/Rio de Janeiro : Hucitec/Fiocruz, 1995.
- CAMPO, Sueli. Empresas diminuem prazos de carência. *Jornal O Estado de São Paulo*, São Paulo, 02 out. 1994. Caderno Suas Contas, p.54.
- CASTOR, B. V. J. e SUGA, N. Planejamento e Ação Planejada: o difícil binômio. *Revista de Administração Pública*. v. 22, p. 103 -109, 1988/9.
- CHECCHIA, Cristiana M. de Abreu. *Assistência Médica Como Um Benefício nas Empresas: um estudo em organizações de grande*

- porte da cidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado. São Paulo : EAESP/FGV, 1996.*
- COBRA, Marcos Henrique Nogueira & ZWARG, Flávio Arnaldo. *Marketing de Serviços: conceitos e estratégias. São Paulo : Mc Graw-Hill, 1986.*
- CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. *As Empresas Médicas: um estudo sobre as transformações capitalistas da prática médica no Brasil. São Paulo : Tese de doutorado. São Paulo : FM-USP, 1981.*
- CRC - Consultoria e Administração em Saúde. *Histórico da Expansão dos Auto-Programas de Saúde. São Paulo, 1992. mimeo.*
- CSILLAG, Cláudio. Escolha a Melhor Cobertura Médica para Você e Sua Família. *Jornal Folha de São Paulo. São Paulo, maio 1996. Caderno Especial.*
- CZAPSKI, Juljan. *Medicina de Grupo: Planos de Pré-pagamento de Assistência Médica e Saúde Pública. Dissertação de mestrado. São Paulo : FSP-USP, 1972.*
- DATABRAMGE. *Informe de Assessoria de Imprensa. São Paulo : Abramge. mimeo.*
- D'AVENI, Richard. *Hipercompetição: Estratégias para Dominar a Dinâmica do Mercado. Rio de Janeiro : Campus, 1995.*

- DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Saúde e Sociedade*. São Paulo :
DuasCidades, 1976.
- FELICIELLO, Domenico. Modelos Assistenciais e Política de Saúde no
Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.2,
1992.
- FERREIRA, Aurélio B. de H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio
de Janeiro, Nova Fronteira.
- FLEURY, Maria Tereza L. & FISCHER, Rosa Maria (orgs.). *Cultura e
poder nas organizações*. São Paulo : Atlas, 1990.
- GONÇALVES, Ernesto de Lima (org.). *Administração de Saúde no Brasil*.
São Paulo : Pioneira, 1982.
- GOODE, William Josiah & HATT, Paul K. *Método em pesquisa social*.
São Paulo : Nacional, 1979.
- GUIMARÃES, Reinaldo (org.). *Saúde e Medicina no Brasil - contribuição
para um debate*. Rio de Janeiro : Graal, 1979.
- IBGE, *Anuário estatístico*. 1990
- LANDMANN, jayme. *Evitando a Saúde & Promovendo a Doença*. Rio de
Janeiro : Guanabara, 1986.
- LOPES, Luis T. A. *A Diferenciação como Vantagem Competitiva: um
estudo de caso*. Dissertação de Mestrado. São Paulo : EAESP/FGV,
1993.

- LUZ, Madel Therezinha. *As Instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro : Graal, 1979.
- MARCONDES, Sandro K. *A formação de estratégias em bancos de grande porte*. Dissertação de Mestrado. São Paulo : EAESP/FGV, 1993.
- MARSIGLIA, Regina M. G. Funcionário Público, Estado e Saúde no Brasil. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.2, n.1, 1993.
- MÉDICI, André Cezar.. *A Medicina de Grupo no Brasil*. Série Desenvolvimento de Políticas de Saúde, n.1, BSB : OPAS, 1991.
- _____ . A Reforma Fiscal e o Financiamento do Setor Saúde no Brasil. *Revista Saúde em Debate*. Londrina : Cebes, n.36, p.37-40, out.1992.
- _____ . Incentivos Governamentais ao Setor Privado de Saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro : FGV, v.26, n.2, p.79-115, abr./jun.1992.
- _____ . *O Setor Privado Prestador de Serviços de Saúde no Brasil: dimensão, estrutura e funcionamento*. Relatórios Técnicos. Rio de Janeiro : ENCE/IBGE, 1990. mimeo.
- _____ . *Os Serviços de Assistência Médica das Empresas: evolução e tendências recentes*. São Paulo : IESP/FUNDAP, 1992.

- _____. *Perspectivas do Financiamento à Saúde no governo Collor de Mello*. Rio de Janeiro : OPAS, 1991. mimeo.
- MELLO, Carlos Gentile de. *O Sistema de Saúde em Crise*. São Paulo : Cebes/Hucitec, 1981.
- MENDES, Eugênio Vilaça (organizador). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro : Hucitec-Abrasco, 1993.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento*. São Paulo/Rio de Janeiro : Hucitec/Abrasco, 1993.
- NOVAES, H. M. *Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde - SILOS*. São Paulo : PROAHSA, Pioneira, 1990.
- O FIM dos 4 Ps de marketing. *Revista Marketing Negócios*. São Paulo, n.10, p. 35-7, 1993.
- OS PIONEIROS atendiam seus pacientes de trole e a cavalo. *Revista Medicina Social* - Edição Comemorativa-Abramge 25 Anos. São Paulo : Abramge, p. 6-7, dez. 1991.
- PAIM, Jairnilson S. A Reforma Sanitária e a Municipalização. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.1, n.2, 1992.
- PESQUISA em Indústrias. *Convênios Médicos*. São Paulo : FIESP/CIESP. 1994. mimeo.

- PORTER, Michael E. *Estratégia Competitiva: técnica para análise de indústrias e da concorrência*. Rio de Janeiro : Campus, 1986.
- RODRIGUES, Francisca. Plano Médico vira "isca" para recrutar. *Jornal O Estado de São Paulo*, 24 abr. 1993.
- SCHOLZ, Judite. Plano de Saúde. *Revista Consumidor Moderno*. n. 3, abr./maio, 1995.
- SOUZA, N. J. *Considerações sobre a dissertação de mestrado*. *Revista Análise Econômica*, ano 9, n.16, set. 1991.
- SOUZA, Sílvia Ribeiro de. *Saber Preparar uma Pesquisa*. São Paulo/Rio de Janeiro : Hucitec/Abrasco. 1994.