

INTEGRAÇÃO VERTICAL NOS SISTEMAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR: O CASO DE UMA OPERADORA DE SAÚDE NA MODALIDADE DE AUTOGESTÃO

VERTICAL INTEGRATION IN SUPPLEMENTAL HEALTH SYSTEMS: THE CASE OF A SELF-MANAGEMENT HEALTH OPERATOR

Priscila Bresolin Tisott¹; Claudia Prantz²; Guilherme Cunha Malafaia³; Vilmar Antonio Gonçalves Tondolo⁴; Verena Borelli⁵

¹Universidade de Caxias do Sul – UCS – Caxias do Sul/ RS
priscila.tisott@gmail.com

²Universidade de Caxias do Sul – UCS – Caxias do Sul/ RS
cprantz@gmail.com

³Universidade de Caxias do Sul – UCS – Caxias do Sul/ RS
gcmalafaia@gmail.com

⁴Universidade de Caxias do Sul – UCS – Caxias do Sul/ RS
vtondolo@gmail.com

⁵Universidade de Caxias do Sul – UCS – Caxias do Sul/ RS
verena.borelli@gmail.com

Resumo

A integração vertical dos serviços em saúde surgiu como uma alternativa para a redução do custo de operação destas organizações e diminuição do nível de fragmentação dos serviços em saúde. Assim, este estudo teve por objetivo analisar o processo de integração vertical de uma operadora em saúde que atua na modalidade de autogestão em assistência médica-hospitalar, identificando ainda as potencialidades e desvantagens do processo. Para tanto, foi realizado um estudo de caso com os gestores e coordenadores da operadora, analisando as opiniões obtidas por meio das entrevistas com a literatura estudada. Os resultados destacam que a verticalização da operadora ocorreu por meio da constituição de clínica própria para atendimento dos beneficiários e da absorção dos serviços de medicina assistencial e medicina ocupacional em algumas das empresas patrocinadoras. As principais potencialidades percebidas foram a satisfação dos beneficiários, aumento da resolutividade dos problemas, otimização dos recursos da operadora, minimização de conflitos e focalização no beneficiário. Como as empresas de autogestão dividem os custos com as empresas patrocinadoras, não houve desvantagens percebidas pelos gestores.

Palavras-chave: integração vertical; sistemas de saúde suplementar; operadora de saúde.

1. Introdução

O aumento sistemático dos custos com os cuidados à saúde aliados às barreiras fiscais, deficiências orçamentárias e à necessidade de se manter competitivo em um mercado que se modifica a cada dia, em conjunto com a fragmentação dos serviços de saúde, que ocorre principalmente nos países do continente americano, têm conduzido os serviços em saúde à busca

por novos arranjos organizacionais, que busquem ampliar a satisfação dos beneficiários e diminuir custos (KOWALSKA, 2007; MONTENEGRO et al., 2011; MINKMAN, 2012).

No Brasil, a regulamentação trazida pela Lei no 9.656/98 apresentou um novo panorama para as operadoras em saúde, aumentando significativamente os custos de operação. Assim, a nova regulamentação proporcionou às operadoras o desafio de reduzir seu custo operacional, a fim de manterem os preços inalterados. Nesse sentido, a integração vertical dos serviços em saúde surgiu como uma alternativa para a redução do custo de operação destas organizações, aumentando sua sustentabilidade no mercado (LEANDRO, 2010).

A integração vertical é o processo inverso à terceirização, pois sugere que quaisquer processos, do insumo à comercialização ao cliente, produzidos até então separadamente por diversas empresas, passem a ser produzidos por uma única empresa (MAC DOWELL; CAVALCANTI, 2005). Assim, no que diz respeito à integração vertical, ou verticalização, no setor de saúde, pode ser definido como o processo por meio do qual uma única empresa gerencia os planos de saúde e a prestação de serviços médicos, buscando unir todos os produtos e/ou serviços oferecidos ao paciente em uma única organização, com controle decisório (ALVES, 2008; BYRNE; ASHTON, 1999).

Considerando o exposto, esse estudo teve por objetivo geral analisar o processo de integração vertical de uma operadora de saúde que atua na modalidade de autogestão em assistência médica-hospitalar, identificando ainda as potencialidades e desvantagens do processo. Para tanto, foi realizado um estudo de caso com os gestores e coordenadores da operadora, alinhando as opiniões obtidas por meio das entrevistas com a literatura estudada.

A justificativa deste estudo reside no fato de que a indústria da saúde, não somente no Brasil, como em todo o mundo, vem enfrentando inúmeros dilemas, em virtude do aumento da exigência da qualidade dos serviços ao mesmo tempo em que se exige uma minimização de custos, devido ao ambiente econômico atual. Assim, as operadoras em saúde são forçadas a buscar formas de aumentar a sua eficiência e diminuir os custos, o que pode ser alcançado por meio da integração vertical (GUIMARÃES et al., 2015).

Sob o ponto de vista teórico, este estudo pretende preencher uma lacuna existente com relação à verticalização em operadoras de saúde na modalidade de autogestão, visto que os estudos na área são incipientes. Já sob o ponto de vista prático, há a possibilidade de nortear as perspectivas de verticalização de outras operadoras, que, eventualmente, busquem essa forma de atuação para a melhoria dos seus serviços.

O delineamento desta pesquisa considerou a revisão da literatura acerca dos sistemas de saúde suplementar no Brasil, a integração vertical e a integração vertical nos sistemas de saúde.

Seguido ao referencial teórico, é apresentado o método utilizado, os resultados da pesquisa e as considerações finais.

2. Referencial Teórico

2.1. Sistemas de Saúde Suplementar no Brasil

No Brasil, a Lei no 9.656/98 representou um marco no Sistema de Saúde Suplementar, pois estabeleceu um novo patamar no processo de regulação (MALTA; JORGE, 2008). A lei propiciou avanços significativos na garantia de atendimento ao usuário de planos de saúde, buscando corrigir os desequilíbrios na relação entre consumidores e operadoras. A partir dessa regulação, as operadoras de planos de saúde passaram a ser definidas como empresas e entidades que operam (ou seja, administram, comercializam ou disponibilizam), no mercado de saúde suplementar, planos de assistência à saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2000).

Malta e Jorge (2008) classificam os sistemas de saúde suplementar no Brasil em: autogestão, medicina de grupo, seguradora e cooperativa. As empresas autogestoras são formadas pelos planos próprios patrocinados ou não pelas empresas empregadoras. As cooperativas odontológicas e de trabalho médico fazem parte do segmento comercial, juntamente com as seguradoras, vinculadas ou não a bancos. Segundo os autores, esse segmento nasceu na década de 1960, com o surgimento do “convênio-empresa” entre empresas empregadoras e a empresa médica (medicina de grupo). Este segmento alicerçou-se em função de um comprador de serviços ser capaz de garantir um mercado seguro para proprietários/acionistas de hospitais, criando redes de serviços e credenciando hospitais e laboratórios.

Para Leandro (2010), as operadoras podem ser classificadas segundo a natureza de sua operação nas seguintes modalidades: administradoras, cooperativas médicas ou odontológicas, autogestão, medicina de grupo ou odontologia de grupo, filantropia e seguradoras especializadas em saúde.

As administradoras dirigem os serviços de assistência à saúde ou planos financiados pelas operadoras. Nesta modalidade, as operadoras não assumem os riscos da operação, pois não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos. No modelo de cooperativas médicas ou odontológicas, as operadoras atuam com Planos Privados de Assistência à Saúde ou exclusivamente planos odontológicos. A modalidade de autogestão opera o plano privado de assistência à saúde exclusivamente para um grupo delimitado e fechado e para os grupos familiares dos beneficiários. Diferentemente da modalidade administradoras, a Medicina de grupo ou odontologia de grupo atua por meio de uma rede própria ou credenciada na operação de

Planos Privados de Assistência à Saúde ou exclusivamente odontológicos. Formada por entidades sem fins lucrativos, as operadoras Filantrópicas operam Planos Privados de Assistência à Saúde. Por fim, Leandro (2010) apresenta as seguradoras especializadas em seguro saúde.

A partir da regulamentação dos planos de saúde por meio da Lei no 9.656/98, assistiu-se à mudanças significativas no mercado brasileiro de saúde suplementar, provocando um expressivo aumento dos custos para as operadoras de saúde. Para enfrentarem este desafio, as operadoras passaram a ter duas opções: aumentar os preços ou reduzir o custo operacional (LEANDRO, 2010).

Segundo Leandro (2010), a integração vertical surgiu neste contexto com o objetivo de colaborar no controle do número de procedimentos e dos preços dos procedimentos/produtos utilizados na prestação de serviços médico-hospitalares, diminuindo, portanto, o custo da sua operação.

2.2. Integração Vertical

Gulbrandsen, Sandvik e Haugland (2009) classificam a integração vertical em três grupos, no que diz respeito à sua abordagem conceitual e operacional. A primeira abordagem entende a integração vertical como um conceito categórico que classifica uma determinada atividade como integrada em uma empresa ou não. Já a segunda abordagem é focada no valor adicionado como parte de vendas ou custos, entendendo o valor adicionado como a diferença entre a produção e o custo de insumos comprados. Ainda, a terceira abordagem é definida como o grau de intenção das empresas de comprar serviços ou produzi-los por conta própria.

Considerando-se que a terceira abordagem proposta por Gulbrandsen, Sandvik e Haugland (2009) será analisada neste estudo, torna-se necessário explicitar a fundo essa corrente de pensamento. Nesse sentido, Mac Dowell e Cavalcanti (2005) afirmam que a integração vertical ocorre quando diversos processos, do insumo à comercialização ao cliente, produzidos até então separadamente, por diversas empresas, passam a ser produzidos por uma única empresa. Como definição padrão, uma empresa verticalmente integrada é aquela em que existe a propriedade comum de duas ou mais empresas, as quais utilizam como entrada a saída da outra (BYRNE E ASHTON, 1999). Assim, a integração vertical, além de eliminar as trocas contratuais ou de mercado, também funciona como um instrumento de propriedade e de total controle sobre estágios vizinhos de produção ou distribuição.

Já no entendimento de Silva (1997), a integração vertical representa uma etapa decisiva para as organizações devido ao aprofundamento na sua área de atuação, uma vez que, em uma primeira etapa, a quase-totalidade das integrações verticais tem como objetivo exclusivo atender unicamente às suas necessidades produtivas ou comerciais. Quando destinada também à atender as necessidades

do mercado, o processo se unifica numa manobra de diversificação, apesar de o autor apontar que com o passar do tempo a integração eficaz possa motivar um processo de diversificação.

Para Figueiredo Júnior (2007) as organizações optam pela integração vertical, pois acreditam ser mais econômico, mais fácil e mais cauteloso desenvolver processos internamente do que recorrer ao mercado. A flexibilidade da organização verticalmente integrada possibilita tomar decisões sobre investimento e todos os demais processos que a empresa possui (MAC DOWELL; CAVALCANTI, 2005).

Logo, é necessário entender que o processo de integração vertical constitui uma reorganização dos métodos e processos de uma organização. Um dos motivadores para a estratégia de reorganização está no aumento dos benefícios para as partes interessadas, sejam eles proprietários, gerentes ou acionistas. Deste modo, a integração vertical é muitas vezes realizada com o objetivo de maximizar os lucros, benefício este frequentemente desejado, e que será alcançado no momento que a integração vertical permitir ganhos de eficiência dentro da organização. A eficiência da produção e os custos de transação representam os dois importantes tipos de ganhos de eficiência para as organizações, influenciada por economias de escopo e de escala (BYRNE; ASHTON, 1999).

2.3. Integração Vertical nos Sistemas de Saúde Suplementar

A fragmentação dos serviços de saúde, que ocorre principalmente no continente americano, tem constituído um problema que exige atenção por parte dos setores público e privado, visto que a fragmentação, nesse contexto, surge como uma falta de coordenação entre diferentes níveis de cuidado, a duplicação de alguns serviços ou infra-estrutura e capacidade produtiva sem utilização, gerando para os beneficiários uma deficiência no acesso aos serviços, na continuidade do cuidado e em cuidados de saúde que atendam suas necessidades específicas. Assim, a integração dos serviços de saúde surge como alternativa ao problema de fragmentação, visto que esse procedimento objetiva prover serviços mais equiparados, compreensivos e contínuos (MONTENEGRO et al., 2011; MINKMAN, 2012).

Nesse contexto, a integração vertical, ou verticalização, no setor de saúde é caracterizada por uma única organização, com controle decisório, que gerencia os planos de saúde e prestação direta de serviços médicos (ALVES, 2008). Assim, busca unir todos os produtos/serviços oferecidos ao paciente em uma única organização, fazendo com que o paciente ou seu estado de saúde representem o produto intermediário que é transferido de um estágio do processo de produção de saúde para outro (BYRNE; ASHTON, 1999).

Byrne e Ashton (1999) apontam que este tipo de integração vertical focada no paciente demanda dois elementos: a integração estrutural e integração funcional. A integração estrutural exige uma série de serviços de saúde necessários para a conservação ou melhoria da saúde dos pacientes. Já a integração funcional exige eficiência na coordenação de todos os serviços de saúde possibilitando ao paciente utilizar todos os serviços/produtos sem problemas e de forma adequada.

2.4. Potencialidades da Integração Vertical em Saúde

De acordo com Montenegro et al. (2011), a implantação de sistemas integrados de saúde pode trazer, para a organização, uma série de vantagens que vão além da ausência de fragmentação dos serviços. Assim, pode-se citar a melhoria do acesso aos serviços, o aprimoramento da eficiência dos serviços, a prevenção da duplicação de infra-estrutura e serviços, redução de custos e, sobretudo, a resposta mais rápida e efetiva às necessidades e expectativas dos beneficiários.

Em adição a isso, Santana e Costa (2008) descrevem as potencialidades percebidas na implantação da verticalização enquanto ferramenta de gestão em empresas prestadoras de serviços de saúde, como pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1 – Potencialidades da verticalização

Potencialidades	Descrição
Aumento do poder de mercado e diminuição de barreiras	O processo de integração vertical pode aumentar o poder de mercado da organização na medida em que possibilita a elevação da faixa de preço-limite e conseqüentemente não atraindo ou rentabilizando a entrada de novos <i>players</i> .
Qualidade assistencial	Uma organização vocacionada no gerenciamento dos produtos/serviços de saúde permite o desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar, em permanente troca e partilha de conhecimento, permitindo ampliar a assistência aos consumidores.
Focalização no beneficiário	Um sistema de prestação integrado, contínuo e mais centrado nas necessidades do beneficiário permite responder melhor às suas necessidades. Além disso, a facilidade de acesso a uma única organização reduz o sentimento de desorientação característico deste público.
Promoção do bem-estar	Em um sistema integrado é possível atuar na prevenção de doenças, privilegiando atividades relacionadas com a promoção da saúde do paciente.
Disseminação do risco de negócio	Com a integralização, os serviços não eficientes terão menos impactos no negócio, pois serão absorvidos por serviços mais rentáveis e eficientes.
Redução de atividades e procedimentos desnecessários	Um processo integrado único possibilita a decisão de produzir apenas procedimentos que agreguem valor ao paciente. A redução das atividades onerosas pode ser obtida através de duas estratégias: aplicação de tecnologias substitutas de ambulatório ou controle do processo de produção centrado nos prestadores de serviços.
Economias de escala	Com a centralização e coordenação dos vários níveis de atendimento e aumento da participação de mercado, poderão surgir economias de escala, sejam elas administrativas e/ou clínicas.
Minimização de conflitos	A gestão conjunta dos produtos/serviços de saúde minimiza

	as divergências e a competição de recursos comuns, conseqüentemente a perda de qualidade assistencial. Além disso, potencializa um alinhamento estratégico e operacional nas quais dificilmente alcançariam individualmente.
--	--

Fonte: adaptado a partir de Silva (1997) e Santana e Costa (2008)

2.5. Barreiras da Integração Vertical em Saúde

O estudo conduzido por Montenegro et al. (2011) também descreve as integrações de serviços em saúde como processos de alta complexidade, difíceis e demorados. Além disso, demandam mudanças sistêmicas nas organizações, visto que intervenções parciais são insuficientes, além de exigir o comprometimento dos trabalhadores nos mais diversos níveis de atuação. Ainda, é necessário compreender que a integração vertical não significa que todos os serviços devem ser verticalizados e de uma mesma forma, mas sim, que diferentes tipos e graus de verticalização podem ser utilizados em uma única organização.

Assim, apesar de se analisarem as potencialidades do processo de integração vertical na saúde, é necessário entender alguns fatores que, além de constituírem entraves, podem significar desvantagens futuras para a empresa (SILVA, 1997). As principais desvantagens do processo de verticalização podem ser observadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Desvantagens do processo de verticalização

Desvantagens	Descrição
Perda de flexibilidade	Por se tratar de um maior aprofundamento da organização em seu mercado de atuação, a integração reduz a flexibilidade econômica e produtiva da organização. Como a integração vertical nasce em um primeiro momento, focada no atendimento das suas próprias necessidades, caso haja qualquer mudança significativa ou crise no seu atual mercado, todo o investimento estará neste ramo, dificultando qualquer estratégia de reação.
Aumento de custos	Em momentos de baixa do mercado, onde o preço das matérias-primas caem mais do que proporcionalmente em relação ao preço dos produtos acabados, a empresa integrada não conseguirá vantagens de comprar os insumos de produtores que teriam preços mais baixos que o seu preço de produção. esta seria a razão das organizações com maior visão estratégica, mesmo fazendo a integração, evitar abandonar totalmente a aquisição de insumos de fornecedores externo para poderem reduzir seus custos em períodos de queda nos preços das matérias-primas.

Fonte: adaptado a partir de Silva (1997)

É importante considerar ainda que, a fim de viabilizar o processo e diminuir suas desvantagens, a verticalização deve ser analisada de acordo com a realidade de cada empresa, visto que o sucesso depende de uma série de fatores, tais como a existência de incentivos ou regulamentações políticas, legais e administrativas, que permitam a sustentabilidade do modelo

implantado, considerando a máxima de que diferentes contextos determinam estratégias diferenciadas (MONTENEGRO et al., 2011). No Brasil, ainda é necessário entender a estrutura do sistema de saúde suplementar brasileiro, adaptando cada organização às particularidades impostas pela sua forma de atuação no mercado.

2. Procedimentos Metodológicos

2.1. Ambiência da Pesquisa

Este estudo pode ser considerado uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório, sendo classificado como um estudo de caso ou pesquisa bibliográfica aplicada, que, de acordo com Yin (2005) é a técnica mais adequada para explorar situações cujos limites não estão claramente definidos. O trabalho foi executado a partir da revisão bibliográfica dos autores da área, partindo-se do levantamento e seleção de teorias existentes na literatura que pudessem subsidiar o entendimento e a compreensão da integração vertical e esta aplicada nos serviços de saúde suplementar, seguido do levantamento e descrição da realidade e características da empresa em estudo, seus processos, suas atividades e a forma da gestão.

O estudo foi ambientado em uma operadora de saúde que opera na modalidade de autogestão em assistência médico-hospitalar, recebendo o patrocínio de 22 empresas e abrangendo os municípios de Caxias do Sul, Farroupilha, Flores da Cunha, Antônio Prado e São Marcos, todos localizados no Estado do Rio Grande do Sul – Brasil. O plano, que surgiu a partir da iniciativa de um grupo de empresários com o intuito de oferecer aos seus funcionários um plano exclusivo, diferenciado, com menores custos e com toda a qualidade que o beneficiário deseja, conta atualmente com 26.000 vidas.

A qualidade dos serviços da operadora é certificada pela ISO 9001:2000. Podem ser beneficiários do plano somente os funcionários das empresas patrocinadoras e seus dependentes, isto é, não é comercializado para o público geral. O principal motivo que levou os autores a escolherem este objeto de estudo foi o fato de a operadora atuar na modalidade de autogestão em assistência médico-hospitalar, o que a diferencia das demais operadoras da região estudada.

O roteiro de questões que norteou o estudo foi construído pelos pesquisadores a partir da bibliografia considerada para estudo, trazendo os tópicos centrais abordados na revisão de literatura, como as principais características do processo de integração vertical em operadoras de saúde, as potencialidades e desvantagens percebidas. O roteiro de questões foi validado por um especialista da área de gestão da produção.

A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2013, a partir das entrevistas realizadas com quatro profissionais da organização, que ocupam cargos de gerência e coordenação. As entrevistas com os profissionais foram efetuadas pessoalmente, após contato telefônico para explicar o propósito da entrevista e para agendamento da entrevista presencial.

A identificação dos possíveis respondentes ocorreu por meio do contato com a Diretoria da empresa que indicou os profissionais que participaram do processo de mudança para a integração vertical, para posterior contato. Após a realização das entrevistas, os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo e os resultados foram analisados com o auxílio do referencial teórico, a fim de produzir as conclusões da pesquisa.

No que diz respeito à categorização, em um primeiro momento, foi realizada a leitura geral do material coletado, a fim de formular as categorias de análise. O conteúdo semântico foi utilizado para o recorte do material e as categorias temáticas estabelecidas foram: (i) ambiente de estudo; (ii) integração vertical e; (iii) benefícios, barreiras e desvantagens da verticalização.

De acordo com o idealizado por Bardin (2004), a análise dos dados respeitou os pressupostos de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, de modo que o método utilizado seguisse adequadamente a literatura. Por fim, apresenta-se a transcrição dos dados qualitativos em alinhamento com os conhecimentos obtidos dos autores que embasaram cientificamente o estudo, proporcionando melhor compreensão dos assuntos tratados.

4. Resultados e Discussão

A operadora de saúde em estudo surgiu pela iniciativa de um grupo de empresários de formularem um plano de assistência à saúde que atendesse as reais necessidades de seus funcionários, com baixo custo e alta qualidade. Inicialmente, a intenção era construir um hospital, financiado pelas empresas patrocinadoras, que pudesse suprir a demanda por serviços de saúde especializados na cidade.

Contudo, ao constatarem os altos custos para a construção e manutenção de um hospital, alguns empresários decidiram desistir da parceria, o que motivou a interrupção da construção do espaço físico. Porém, a iniciativa de constituir um plano de saúde para atender as empresas da cidade foi levada adiante, com a constituição de uma operadora onde os funcionários seriam isentos de coparticipação nas consultas e procedimentos, e onde os beneficiários tivessem um atendimento personalizado às suas reais necessidades. Ainda assim, alguns empresários decidiram pela continuação dos serviços que já possuíam, principalmente porque, com o passar dos anos, os serviços de saúde oferecidos na cidade se especializaram, e somente um grupo pequeno de empresas aderiu à nova proposta.

Atualmente, a operadora de saúde conta com vinte e seis mil vidas, e opera na modalidade de autogestão em assistência médico-hospitalar, oferecendo menores custos e toda a qualidade que o beneficiário deseja. A qualidade dos serviços da operadora é certificada pela ISO 9001:2000. Podem ser beneficiários do plano somente os funcionários das empresas patrocinadoras e seus dependentes, isto é, não é comercializado para o público geral. Além do atendimento aos serviços de saúde previstos no regulamento da operadora, os beneficiários contam ainda com um extenso programa de Medicina Preventiva, que foi implantado a fim de organizar ações, promover eventos e administrar programas que auxiliem os beneficiários nas questões do autocuidado, a fim de prevenir doenças e buscar a qualidade de vida em todos os aspectos.

Considerando que a operadora de saúde em questão atua pela forma de autogestão, o serviço não pode ser comercializado para o público, o que faz com que a operadora estime chegar a um número máximo de trinta mil vidas, baseando-se na capacidade de expansão das empresas patrocinadoras. Ainda assim, a operadora optou pela verticalização de alguns serviços, a fim de diminuir o custo de operação, conforme descrito por Leandro (2010), mesmo que a integração vertical total de uma operadora seja vantajosa somente quando o número de vidas ultrapassa cinquenta mil, de acordo com o entendimento da gestora da empresa.

4.1. Integração Vertical

Conforme descrito por Byrne e Ashton (1999), a integração vertical, ou verticalização, na área da saúde, busca unir os produtos e serviços oferecidos ao paciente em uma única empresa. É importante ressaltar que, desta forma, para as operadoras na modalidade de autogestão, o que constitui uma terceirização para as empresas patrocinadoras, constitui a verticalização dos serviços da operadora de saúde que, além do plano de saúde oferecido aos funcionários, conta com clínica própria para atendimento dos beneficiários e presta os serviços de medicina assistencial e medicina ocupacional em algumas empresas patrocinadoras.

Das 22 empresas patrocinadoras, 13 organizações fazem parte de um grupo de empresas, contando com um número elevado de beneficiários. Até o ano de 2011, essas empresas contavam com os serviços da operadora, que atuava como fornecedora do plano de saúde dos funcionários; com os serviços de uma empresa responsável pela medicina assistencial dentro das empresas e ainda; absorviam os serviços da medicina ocupacional.

Contudo, essa fragmentação dos serviços de saúde gerava altos índices de insatisfação entre os funcionários/beneficiários que, não raramente, não sabiam a qual empresa deviam recorrer. Portanto, optou-se pela centralização dos serviços de saúde, deixando-os sob a responsabilidade da operadora de saúde em estudo. A intenção da operadora em estudo, de acordo com a gestora do

plano, é constituir uma modalidade de saúde corporativa para as empresas patrocinadoras, dentro dos próximos anos.

A partir dessa reorganização estrutural, a operadora deixou de atuar somente como fornecedora do plano de saúde dos funcionários e seus dependentes e assumiu a coordenação dos centros de saúde ocupacionais localizados no interior das empresas (com atendimento médico, atendimento a acidentes de trabalho e programas de medicina preventiva) e absorveu as atividades de inclusão e exclusão de beneficiários do plano, exames admissionais e demissionais, entre outros.

4.2. Benefícios, Barreiras e Desvantagens da Verticalização

Os estudos de Montenegro et al. (2011), Santana e Costa (2008) e Silva (2007) apresentam vantagens e potencialidades obtidas com a integração vertical das operadoras de saúde. Para os entrevistados, o principal benefício percebido foi a satisfação dos beneficiários, que são os funcionários das empresas patrocinadoras e seus dependentes. A partir do momento em que os serviços foram integrados, o funcionário passou a conhecer a empresa responsável pelo atendimento, pelas autorizações, pela medicina preventiva e medicina ocupacional dentro da empresa, facilitando os trâmites necessários para sua atenção à saúde.

Outro fator citado pelos entrevistados diz respeito à resolutividade dos problemas, fator este que gera benefícios não somente para a operadora de saúde, mas principalmente para o beneficiário. Para o plano, a desburocratização de alguns procedimentos permitiu que os problemas sejam resolvidos de forma rápida e eficaz. Já para o beneficiário aumentou a rapidez e precisão no acesso às informações, pela exclusão de elos na cadeia. De acordo com um dos entrevistados, como a operadora disponibiliza um número de telefone para atendimento 24h, o beneficiário pode ter acesso a quaisquer informações a qualquer momento do dia ou da noite, visto que a saúde, ou a falta dela, não escolhe momento para se manifestar. Assim, caso o funcionário do turno da noite em uma empresa sofra um acidente de trabalho, por exemplo, seu atendimento será imediato e a transferência para o hospital e demais trâmites legais serão de responsabilidade da operadora e não do funcionário e seus familiares, ou ainda da empresa.

É importante ressaltar, neste caso, que as empresas patrocinadoras também possuem benefícios com esta operação, pois, anteriormente, o setor de Recursos Humanos da empresa absorvia as questões relacionadas à medicina corporativa, tais como: inclusão e exclusão dos beneficiários no plano, informações, entrega de materiais, campanhas de saúde, entre outros. A partir do momento em que os serviços foram integralizados e a responsabilidade passou a ser da operadora de saúde, a empresa extinguiu o setor responsável por este serviço, diminuindo o custo com folha de pagamento e disseminando o risco e a responsabilidade pelos serviços prestados.

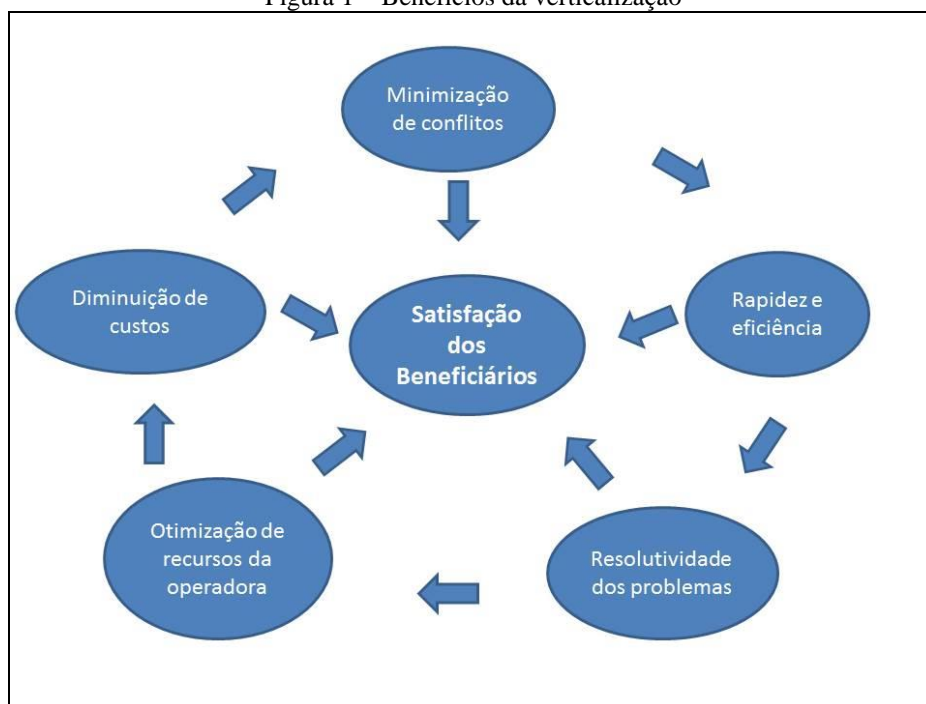
Dentre os benefícios percebidos pelos entrevistados, foi citado ainda a otimização de recursos da operadora, visto que os serviços próprios tem custo menor do que os terceirizados. Assim, todos os materiais e medicamentos utilizados para os atendimentos podem ser negociados diretamente com os fornecedores, excluindo-se um elo da cadeia que, certamente, agregaria custos para o processo. Para a empresa patrocinadora também houve a otimização dos recursos, pois os pagamentos realizados anteriormente para os terceiros transformaram-se em custos a serem divididos com a operadora.

Já no que diz respeito à minimização de conflitos, citados por Santana e Costa (2008), observam-se benefícios desta minimização entre: (i) a empresa patrocinadora e o funcionário; (ii) a operadora e o beneficiário e; (iii) a operadora e a empresa patrocinadora. Os entrevistados citam a autorização de procedimentos como o fator que mais gera conflitos entre a operadora e o beneficiário, contudo, a partir da verticalização, o contato com o beneficiário passou a ser direto, aumentando o acesso às informações e às explicações, agilizando o agendamento de procedimentos, as negociações em caso de ser um procedimento coparticipativo e aprimorando, desta forma, a satisfação do beneficiário.

No caso da empresa patrocinadora, a centralização dos serviços da saúde aumentou a satisfação dos funcionários com os benefícios oferecidos, o que minimiza o conflito entre empregado e empregador. Na última pesquisa realizada na empresa acerca dos benefícios oferecidos pela empresa, o plano de saúde obteve 80% de satisfação, sendo citado ainda como o melhor benefício, de acordo com os entrevistados. Além disso, em virtude de atuar na forma de autogestão, a empresa também aumenta o acesso à informação e a resolutividade de problemas, visto que a patrocinadora e a operadora partilham objetivos e formas de conduta.

Em suma, os benefícios percebidos pelos entrevistados tendem a se interligar, formando um ciclo que incentiva a satisfação do beneficiário que, no caso das operadoras em saúde, é o consumidor final. Esse ciclo se encerra, desta forma, no objetivo primordial da verticalização dos serviços de saúde, que é a focalização do beneficiário, conforme descrito também por Santana e Costa (2008). A Figura 1 traz os principais benefícios percebidos pelos entrevistados.

Figura 1 – Benefícios da verticalização



Fonte: elaborada pelos autores (2014)

No contexto das barreiras ou desvantagens percebidas pela empresa, Silva (1997) traz os aspectos de perda de flexibilidade e aumento de custos. Na realidade da operadora em estudo o aumento de custos não foi percebido, visto que a empresa patrocinadora divide os custos com a operadora de saúde. Assim, somente o aspecto da perda de flexibilidade foi citado pelos entrevistados como uma desvantagem, sobretudo para o beneficiário. Esse aspecto pode ser observado por meio das opções limitadas dos beneficiários na escolha do prestador de saúde, ainda que a operadora busque ampliar a sua gama de opções a cada dia.

Ainda, de acordo com Montenegro et al. (2011), os entrevistados citam a verticalização como um processo longo, dispendioso e de alta complexidade, exigindo esforços conjuntos de todos os funcionários da organização. De acordo com os entrevistados, a maior dificuldade no que diz respeito ao esforço da equipe é a mudança de cultura organizacional, pois os funcionários da operadora precisam acostumar-se com um novo tipo de serviço a ser prestado, enquanto os empregados das empresas patrocinadoras devem acostumar-se a um novo prestador de serviços.

5. Considerações Finais

Nos últimos anos, a indústria da saúde tem enfrentado inúmeros dilemas, exigindo a busca pela diminuição de custos e aumento de eficiência nos serviços prestados. Assim, este estudo teve por objetivo analisar o processo de integração vertical de uma operadora de saúde que atua na modalidade de autogestão em assistência médica-hospitalar, identificando ainda as potencialidades e desvantagens do processo.

A integração vertical da operadora em saúde analisada neste estudo surgiu como uma forma de diminuir a fragmentação dos serviços de saúde dentro das empresas patrocinadoras, o que trouxe ainda algumas características específicas para esse processo. Nesse sentido, é preciso ressaltar que a operadora atua na forma de autogestão em assistência médico-hospitalar, dividindo seus custos com as empresas patrocinadoras, além de utilizar a verticalização como forma de constituir um programa de saúde corporativa para suas empresas patrocinadoras. Desta forma, o que constitui a terceirização dos serviços para as empresas patrocinadoras apresenta-se como a integração vertical da operadora em saúde, ainda que ambos se beneficiem com a ausência da fragmentação dos serviços em saúde.

A verticalização da operadora foi realizada por meio da constituição de clínica própria para o atendimento dos beneficiários, além da absorção dos serviços de medicina assistencial e medicina ocupacional em algumas das empresas patrocinadoras, com a instalação de centros de saúde ocupacional especializados no interior das empresas. Anteriormente, esses serviços eram terceirizados ou absorvidos pelos funcionários de Recursos Humanos das empresas, ocasionando grande insatisfação por parte dos funcionários, que não sabiam a quem recorrer.

Desta forma, os benefícios percebidos com a integração vertical dos serviços da operadora em saúde foram a satisfação dos beneficiários, o aumento da resolutividade dos problemas, a otimização dos recursos da operadora e a minimização de conflitos, seja entre beneficiário e operadora, operadora e empresa patrocinadora ou funcionário e empresa patrocinadora. Assim, percebeu-se que o principal benefício alcançado é a satisfação do beneficiário, visto que grande parte das demais potencialidades percebidas objetivam a focalização no paciente, gerando, conseqüentemente, um ciclo ininterrupto que leva à satisfação com os serviços prestados. Os benefícios encontrados nessa pesquisa estão alinhados com os discutidos pela literatura estudada.

Já no que diz respeito às barreiras ou desvantagens percebidas, é importante ressaltar que a operadora não encontra as dificuldades percebidas em estudos anteriores, tais como aumento de custos ou perda de flexibilidade, visto que os custos de operação são divididos com as empresas patrocinadoras e a gama de opções de prestadores de serviço aumenta a cada dia. No entanto, a operadora percebeu o processo de verticalização como complexo, dispendioso e longo, exigindo esforços em equipe e uma mudança significativa na cultura organizacional.

Sob o ponto de vista teórico, a pesquisa realizada oportunizou o entendimento das vantagens e desvantagens do processo de verticalização de operadoras de saúde na modalidade de autogestão, trazendo um contraponto à literatura no que diz respeito à questão de aumento de custos e perda de flexibilidade, que não foram observados nesta pesquisa. Desta forma, a contribuição prática, de nortear as perspectivas de verticalização de outras operadoras, traz um panorama

favorável para as empresas, apresentando mais vantagens do que desvantagens no processo de verticalização.

No que diz respeito às limitações deste estudo, é possível citar o método utilizado, que por tratar do estudo de um único caso, não permite a generalização dos resultados. Desta forma, a sugestão para futuros estudos é ampliar a quantidade de empresas pesquisadas, a fim de estabelecer relações e comparações entre as empresas. Além disso, pode-se optar por estudar outras operadoras de saúde na modalidade de autogestão, a fim de comparar os resultados encontrados com operadores que atuem em outras modalidades, verificando suas semelhanças e diferenças.

Abstract

The vertical integration of health services emerged as an alternative to reduce the operating costs of these organizations and decrease the level of fragmentation of services in health. This study aimed to analyze the vertical integration of a health operator engaged in self-management modality in medical and hospital care, even identifying the strengths and drawbacks of the process. Thus, a case study was conducted with the managers of the operator, analyzing the views collected through interviews and comparing it with the studied literature. The results highlight that the vertical integration of the operator occurred through the establishment of the clinic for care of beneficiaries and the absorption of assistance medical services and occupational medicine in some of the sponsoring companies. The main perceived strengths were the increase in the degree of satisfaction, increased solving problems, optimizing the operator's resources, minimize conflicts and focus on beneficiary. As the operator share the costs with the sponsors, there weren't disadvantages perceived by managers.

Key-words: vertical integration; supplemental health systems; health provider.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução de Diretoria Colegiada nº 39 / Diretoria Colegiada**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2013.

ALVES, Sandro Leal. **Concentração e verticalização no setor de saúde suplementar: uma análise econométrica**. São Paulo: LCTE Editora, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3.ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BYRNE, Margaret M. ASHTON, Carol M. Incentives for Vertical Integration in Healthcare: the effect of reimbursement systems. *Journal of Healthcare Management*. Jan 1, 1999.

FIGUEIREDO JÚNIOR, Alexandre Martins de. **A integração vertical parcial em uma operadora de saúde suplementar: um mecanismo estratégico antihold up**. FUCAPE: Vitória, 2007.

GUIMARÃES, Djalma S.; SOARES, Eduardo J.O.; JÚNIOR, Gileno Ferraz; MEDEIROS, Denise. Attributes and circumstances that induce inappropriate health services demand: A study of the health sector in Brazil. *BMC Health Services Research*, v. 15, n. 1, 2015.

GULBRANDSEN, Boge; SANDVIK, Kare; HAUGLAND, Sven A. Antecedents of vertical integration: Transaction cost economics and resource-based explanations. *Journal of Purchasing and Supply Management*, v.15, n. 2, 2009, p. 89-102. **crossref**

KOWALSKA, Katarzyna. Managed care and a process of integration in health care sector: A case study from Poland. *Health Policy*, v. 84, n. 2-3, 2007, p. 308-320. **crossref**

LEANDRO, Tainá. **Defesa da concorrência e saúde suplementar**: a integração vertical entre planos de saúde e hospitais e seus efeitos no mercado. 2010. 118 f. Dissertação (Mestrado em Economia)-Universidade de Brasília, Brasília, 2010

MAC DOWELL, Maria Cristina. CAVALCANTI, José Carlos. Contribuições recentes à Teoria da Integração Vertical. Disponível em <<http://www.decon.ufpe.br/integ1.htm>> Acesso em 20 de set 2013.

MALTA, Deborah Carvalho. JORGE, Alzira de Oliveira Jorge. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.5, set.-out., 2008, p. 1535-1542. **crossref**

MINKMAN, Mirella M. N.. The current state of integrated care: an overview. *Journal Of Integrated Care*, London, v. 20, n. 6, p.346-358, 2012. **crossref**

MONTENEGRO, Hernán et al. Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in the Americas: lessons learned. *Journal Of Integrated Care*, London, v. 19, n. 5, p.5-16, 2011.

SANTANA, Rui; COSTA, Carlos. A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa De Saúde Pública* (Volume temático: Organização dos cuidados de saúde), [s. L.], v. 7, n. , p.346-358, 2008.

SILVA, Wilson Rezende da. **Terceirização versus integração vertical: teoria e prática**. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/3083/P00174_1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 set. 2013.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Dados dos autores:

Nome completo: **Priscila Bresolin Tisott**

Filiação Institucional: Universidade de Caxias do Sul

Função ou cargo ocupado: Aluna de Doutorado em Administração

Endereço completo para correspondência: Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 - CEP 95070-560 - Caxias do Sul

Telefone: (54) 3218.2011

e-mail: priscila.tisott@gmail.com

Nome completo: **Claudia Prantz**

Filiação Institucional: Universidade de Caxias do Sul

Função ou cargo ocupado: Aluna de Mestrado em Administração

Endereço completo para correspondência: Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 - CEP 95070-560 - Caxias do Sul

Telefone: (54) 3218.2011

e-mail: cprantz@gmail.com

Nome completo: **Guilherme Cunha Malafaia**

Filiação Institucional: Universidade de Caxias do Sul

Função ou cargo ocupado: Professor do Programa de Pós-Graduação em Administração
Endereço completo para correspondência: Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 - CEP 95070-560 -
Caxias do Sul
Telefone: (54) 3218.2011
e-mail: gcmalafaia@gmail.com

Nome completo: **Vilmar Antonio Gonçalves Tondolo**
Filiação Institucional: Universidade de Caxias do Sul
Função ou cargo ocupado: Professor do Programa de Pós-Graduação em Administração
Endereço completo para correspondência: Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 - CEP 95070-560 -
Caxias do Sul
Telefone: (54) 3218.2011
e-mail: vtondolo@gmail.com

Nome completo: **Verena Borelli**
Filiação Institucional: Universidade de Caxias do Sul
Função ou cargo ocupado: Aluna de Mestrado em Administração
Endereço completo para correspondência: Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 - CEP 95070-560 -
Caxias do Sul
Telefone: (54) 3218.2011
e-mail: verena.borelli@gmail.com

Submissão: 07/08/2015

Aceito: 14/09/2015