

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO EMPRESARIAL**

PAULO RICARDO BRUSTOLIN DA SILVA

**ESTRATÉGIA DE VERTICALIZAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE:
Estudo de Caso da Unimed Cuiabá**

Belo Horizonte / MG

2015

PAULO RICARDO BRUSTOLIN DA SILVA

ESTRATÉGIA DE VERTICALIZAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE:

Estudo de Caso da Unimed Cuiabá

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Empresarial da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Minas, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração

Área de Concentração: Gestão Estratégica das Organizações

Linha de Pesquisa: Gestão Estratégica Empresarial.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Patrus Mundim
Pena

Belo Horizonte / MG

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

S586e Silva, Paulo Ricardo Brustolin da
Estratégia de verticalização na área da saúde: estudo de caso da Unimed Cuiabá / Paulo Ricardo Brustolin da Silva. Belo Horizonte, 2015.
59 f.: il.

Orientador: Roberto Patrus Mundim Pena
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Administração.

1. Serviços de saúde - Administração. 2. Integração vertical nas indústrias. 3. Saúde suplementar. 4. Cooperativas. I. Pena, Roberto Patrus Mundim. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Administração. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 362

PAULO RICARDO BRUSTOLIN DA SILVA

ESTRATÉGIA DE VERTICALIZAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE:

Estudo de Caso da Unimed Cuiabá

Dissertação apresentada à Faculdade de Administração da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Minas – Belo Horizonte - MG, para obtenção do título de Mestre em Administração com ênfase em estratégia empresarial e *marketing*.

Prof. Dr. Roberto Patrus Mundim Pena – PUC Minas - Orientador

Prof^ª. Dra. Cristiana Fernandes de Muylder – Universidade FUMEC– (Banca Examinadora)

Prof. Dr. Lucas de Carvalho Marinho Teixeira – PUC Minas – (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 16 de dezembro de 2015.

À minha esposa Ana Helena, companheira de todas as horas e amor da minha vida,
pela compreensão, carinho e dedicação.

Às minhas filhas Rafaela e Renata Dotta Brustolin
que são o grande brilho da minha existência.

AGRADECIMENTOS

Ao **Grande Arquiteto do Universo** por me possibilitar mais esta maravilhosa conquista.

Ao **Prof. Dr. Roberto Patrus**, pelo seu profissionalismo e, principalmente, por sua humanidade na condução deste projeto.

A todos os **meus familiares** que, de alguma forma contribuíram para que este momento acontecesse.

A todos os **meus mestres**, pois, sem eles, não seria quem hoje sou.

À **minha mulher Ana**, de forma muito especial, por ser companheira dos momentos de alegria e de tristeza nestes mais de 20 anos.

“Controle seu destino antes que alguém o faça.”

(Jack Welch, ex-CEO da G.E. Mundial)

RESUMO

SILVA, P. R. B. da. (2015). *Estratégia de verticalização na área da saúde: estudo de caso da Unimed Cuiabá*. 59 f. Dissertação de Mestrado. PPGA - Programa de Pós-graduação em Administração – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC-Minas, Belo Horizonte, Minas Gerais.

O sistema de saúde privado no Brasil tem sido alvo de pesquisas e estudos no sentido de obter melhores resultados, maiores benefícios aos clientes e, paralelamente, retorno dos investimentos das operadoras de planos de saúde. Torna-se necessária uma nova abordagem repensando a atual crise mundial, relacionada aos sistemas de saúde. As operadoras de saúde, que financiam os gastos dos serviços de saúde privada, enfrentam pressões advindas do aumento de seus custos operacionais. Este quadro exige que se tracem novas e diferentes estratégias voltadas à melhoria da qualidade e eficiência do serviço de saúde no país. Nesta perspectiva, a discussão da verticalização na área da saúde ganha espaço. Este estudo tem como foco o setor da saúde e pretende discutir as vantagens econômicas, financeiras e competitivas bem como as dificuldades do processo de verticalização na saúde. O estudo centra-se na Unimed Cuiabá, analisando a implantação da verticalização nesta cooperativa médica através do produto Unimed Fácil no período de 2008 a 2014. Com vistas a atingir os objetivos da pesquisa aplicou-se o método de estudo de caso. Foram utilizadas diversas fontes de coleta de dados tais como: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, realização de entrevistas com os principais gestores da empresa, observação participante do tipo natural, análise e interpretação de Relatórios Gerenciais e Contábeis da Cooperativa Médica, análise de Balanços Patrimoniais além de outros documentos internos. Após o levantamento dos dados os mesmos foram consolidados e classificados de forma sistemática, possibilitando o seu uso neste estudo de caso. A análise destes dados, aliada a estudos comparativos entre o produto verticalizado Unimed Fácil e outros produtos da Unimed Cuiabá em relação a margens de contribuição, sistemas de preço, crescimento vegetativo e financeiro, bem como o resultado bruto e líquido deste produto em relação às demais carteiras da operadora em análise, possibilitaram a identificação da importância que o produto Unimed Fácil tem hoje para a Cooperativa Unimed Cuiabá. Através da análise de balanços e relatórios disponibilizados pela Unimed, foi possível detectar a importância do ponto de vista de resultados para a operadora, ao verticalizar determinado produto. Os resultados mostram que a verticalização pode ser aplicada com sucesso na área da Saúde Suplementar.

Palavras chave: Verticalização. Integração vertical. Saúde suplementar. Gestão estratégica. Cooperativa médica.

ABSTRACT

SILVA, P. R. B. da. (2015). *Verticalization strategy on health sector: Case study of Unimed Cuiabá*. 59 p. Msc thesis. - Postgraduation program in Management – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC-Minas, Belo Horizonte, Minas Gerais state.

The private Brazilian national health care system has been the subject of researchers to improve results and benefits to the costumers and at the same time to ensure return on the healthcare insurance provider's investments. Therefore, it become necessary a new approach considering the current world crisis related to healthcare systems. The healthcare insurance providers which finance costs of healthcare system services are now under pressure as their operational costs have increased. That framework requires a new and different strategy to be traced aiming to improve the efficiency and quality of the Brazilian healthcare system. As such, the discussion of vertical integration in the health care sector has been gaining momentum. This work examines the healthcare sector and intends to explore the economic, financial and competitive advantages as well as the difficulties of the verticalization process of the healthcare system. This work focuses upon Unimed Cuiabá, examines the implementation of that verticalization in this medical Cooperative analysing the "Unimed Fácil" program from 2008 to 2014. To achieve those objectives a Case Study methodology was used. Many data sources were considered, such as: The literature, document search, interview with the main managers of the company, participant observation of the natural kind, analysis and interpretation of the medical cooperative management and account reports and analysis of the balance sheets and other internal documents. The analysis of the consolidated and systematically classified data, allied to comparative works between the "Unimed Fácil" products and other Unimed Cuiabá's products regarding the contribution margin, price systems, vegetative and financial growth as well as gross and net result of this product compared to other providers analysis allowed the identification of the importance that the product "Unimed Fácil" has today for Cooperative Unimed Cuiabá. After careful data analysis of the reports and balances sheets available it was possible to detect the importance of the results from point of view of the healthcare insurance provider when turning into a vertical product. The results show that the verticalization works successfully for the complementary health sector.

Key-words: Verticalization. Vertical integration. Complementary health. Strategic management. Medical cooperative.

LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
FENASEG	Federação Nacional de Seguros Privados e de Capitalização
HMO	<i>Health Maintenance Organizations</i>
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IDN	<i>Integrated Delivery Networks</i>
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PIB	Produto Interno Bruto
POP	Procedimento Operacional Padrão
RCA	Revista de Contabilidade e Administração
RECADM	Revista Eletrônica de Ciência Administrativa
SESI	Serviço Social da Indústria
SUS	Sistema Único de Saúde
TCT	Teoria de Custos Transacionais
TECT	Teoria de Custos de Transação
UNIMED	Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos e Hospitalares Cooperados
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 2.1 - Modelos de Cadeia produtiva na medicina complementar	21
FIGURA 2.2 - Elementos da Estrutura Industrial	26

LISTA DE TABELAS

TABELA 2.1 - A Evolução Cronológica dos autores relacionados à verticalização ..	22
TABELA 3.1 Relação dos entrevistados para a pesquisa	36
TABELA 4.1 - Evolução da Receita Bruta	41
TABELA 4.2 - Evolução do N° dos Clientes	42
TABELA 4.3 - Evolução do Lucro Bruto	43
TABELA 4.4 - Evolução do Resultado Líquido	44
TABELA 4.5 - Comparativo percentual de preços entre Unimed Cuiabá – Produto coparticipado <i>versus</i> Unimed Fácil	45

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 4.1 - Evolução da Receita Bruta	40
GRÁFICO 4.2 - Evolução do Nº dos Clientes	41
GRÁFICO 4.3 - Evolução do Lucro Bruto	42
GRÁFICO 4.4 - Tabela de dados em valores e %	43
GRÁFICO 4.5 - Comparativo % Unimed Fácil X Unimed Cuiabá	46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Vantagens econômico-financeiras da verticalização	23
2.2 Vantagens competitivas da verticalização	24
2.3 O estudo de Porter	25
<i>2.3.1 Vantagens Competitivas – o Modelo de Porter</i>	<i>25</i>
2.4 Riscos da verticalização	28
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	30
3.1 Unidade de análise	30
<i>3.1.1 O Sistema Unimed</i>	<i>30</i>
<i>3.1.2 A Unimed Cuiabá</i>	<i>32</i>
3.2 Técnicas de pesquisa	32
3.3 Tratamento dos dados	35
4 ANÁLISE DOS DADOS	37
4.1 Histórico	37
4.2 Resultados financeiros	39
4.3 Vantagens econômicas	47
4.4 Vantagens competitivas	48
4.5 Riscos e dificuldades	50
<i>4.5.1 Riscos</i>	<i>50</i>
<i>4.5.2 Dificuldades</i>	<i>51</i>
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	55
Apêndice A - Pay-back do investimento	58
Apêndice B – Questões da Entrevista	59

INTRODUÇÃO

O Brasil é o único país do mundo onde o gasto do governo com saúde (46% do total) é inferior ao privado. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a penetração dos Planos de Saúde no Brasil desde 2001, cresceu aproximadamente 50%, alcançando em setembro de 2014, mais de 50,6 milhões de pessoas. Para a chamada nova classe média, ter um plano de saúde faz parte das suas prioridades, sendo responsável por uma alta de 57% do número de usuários com algum tipo de cobertura. (www.ans.gov.br)

Dados da Unimed, disponíveis no site www.unimed.coop.br demonstram que o cenário no país apresenta entraves e desafios às operadoras de planos de saúde como o aumento dos custos e sinistralidade em um mercado de baixo crescimento. Além disso, há outros fatores que são desafios, tais como maiores exigências do órgão regulador sobre as garantias financeiras e rol de procedimentos, impactando a margem de lucro das operadoras, a concorrência cada vez mais acirrada, além do envelhecimento da população e consequente pressão sobre os custos.

Elevados custos engendram o crescimento continuado nos preços dos planos de saúde, tornando cada vez mais difícil a sua comercialização, aumentando a inadimplência e excluindo os beneficiários de seus planos atuais e, conseqüentemente, concentrando o risco. Essa concentração do risco gera o desequilíbrio econômico das apólices, fato este que leva as operadoras a aumentar novamente seus preços, evoluindo em uma espiral crescente. (www.unimed.coop.br)

Paralelamente ao cenário apresentado, médicos reclamam da baixa remuneração paga pelas operadoras, laboratórios manifestam seu descontentamento pela insuficiente rentabilidade e os hospitais reclamam de suas baixas taxas de ocupação.

Nesse contexto, é preciso repensar, inovar o produto, o modo de atendimento, ter responsabilidade social. Faz-se necessário procurar estratégias que minimizem tais problemas. Este cenário é uma realidade propícia à verticalização na área da saúde, apresentando-se como uma alternativa para fidelização dos clientes, inovação no produto e, principalmente, para redução de custos. Em busca de equacionar o gerenciamento desses custos crescentes, algumas operadoras de saúde incorporaram hospitais e laboratórios, viabilizando o oferecimento de um conjunto completo de serviços para os clientes na forma de integrações verticais (Harrigan, 2003). Para Williamson (1979) a verticalização implica no envolvimento de uma empresa ou indústria em vários estágios da cadeia produtiva.

Na literatura disponível há vários estudos que discutem o tema. Dentre eles citamos Albuquerque e Fleury & Fleury (2011); Williamson (1993); Besanko *et al.* (2012); Porter (2007); Teisberg (2007) e outros, sobre processos de integração vertical entre participantes do sistema de saúde elaborados no contexto norte-americano, onde se verificou que o principal fator motivador da integração foi o estabelecimento de controles para gerenciar o aumento dos custos de produção. Contudo, tais estudos voltados à área de saúde suplementar ainda são raros no Brasil.

Mesmo com a importância do segmento das operadoras de saúde no Brasil, existem poucos títulos na literatura nacional que abarquem o tema ou que apresentem casos práticos que demonstrem os resultados alcançados com a estratégia de verticalização de operações. Dentre eles podemos citar Albuquerque, Fleury e Fleury (2011), Cata Preta (2004), Duarte (2003), Mobus (2012), Harrigan (2003), Besanko *et al.* (2012), Porter e Teisberg (2007) também utilizados para fundamentar a presente pesquisa.

Na tentativa de minimizar essa lacuna, o presente estudo procura responder à seguinte pergunta de pesquisa: Quais as vantagens econômicas, financeiras e competitivas e quais as dificuldades do processo de verticalização na Cooperativa Médica Unimed Cuiabá, em relação ao produto Unimed Fácil no período de 2008 a 2014?

A escolha desta unidade de análise, a Unimed Cuiabá, deve-se a ser este um caso sucesso do ponto de vista econômico-financeiro e de posicionamento de mercado, conforme demonstram os dados desta pesquisa. Este é um caso muito importante para o sistema Unimed no Brasil sendo que o Plano Unimed Fácil da Unimed Cuiabá é um produto de referência no país. Ele surgiu através de uma parceria que se deu em 2008 entre a Unimed Cuiabá e SESI Clínica. A partir desta parceria foi iniciado o processo de atendimento, numa proposta verticalizada de trabalho. Destaque-se, para a importância desta pesquisa, de que a escolha desta unidade de trabalho deve-se a este ser o único caso na Região Centro-Oeste e de ser um caso de destaque no cenário nacional.

Outra razão dessa escolha é o fato de que o autor dessa dissertação foi Diretor Executivo da Unimed Cuiabá entre os anos de 2004 e 2014, sendo responsável direto pela estratégia de verticalização adotada pela Cooperativa Médica. O presente trabalho é uma oportunidade ímpar de documentar como foi o processo de verticalização na Unimed Cuiabá e de unir a teoria à prática, possibilitando, desta forma, documentar a experiência e o conhecimento adquiridos por esta decisão da Cooperativa Médica.

Assim, o objetivo geral deste estudo é compreender as vantagens econômicas, financeiras, competitivas e as dificuldades do processo de verticalização na Cooperativa Médica Unimed Cuiabá, em relação ao produto Unimed Fácil, no período de 2008 a 2014.

Os objetivos específicos são:

1. Descrever o histórico do processo de verticalização do produto Unimed Fácil Cuiabá;
2. Analisar os resultados financeiros da verticalização do produto Unimed Fácil Cuiabá;
3. Analisar as vantagens da economia de escopo, da economia de integração e da racionalização dos recursos, presentes no processo de verticalização do produto Unimed Fácil Cuiabá;
4. Analisar as vantagens competitivas da decisão de verticalização do produto Unimed Fácil Cuiabá (analisar à luz das 5 forças de Porter);
5. Identificar os riscos e dificuldades da verticalização do produto Unimed Fácil Cuiabá.

A presente dissertação divide-se em 5 capítulos, sendo o primeiro esta introdução. O segundo capítulo, referencial teórico, trata o tema da verticalização, seus conceitos, suas vantagens econômicas, financeiras e competitivas, bem como, seus riscos. O terceiro capítulo descreve os procedimentos metodológicos utilizados para a coleta de dados. O quarto capítulo faz a análise dos dados e é subdividido de acordo com cada um dos objetivos específicos da pesquisa. O trabalho se encerra com as considerações finais e as recomendações para futuras pesquisas.

Os resultados esperados desta pesquisa são: verificar o impacto da estratégia de verticalização na Unimed Cuiabá, quais as vantagens econômicas, financeiras e competitivas e quais as dificuldades deste processo de verticalização na Cooperativa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Os primeiros trabalhos sobre integração vertical têm início com os estudos de economia das organizações de Ronald Coase em seu artigo *The nature of the firm*, em 1937. Estes estudos são reforçados quarenta anos mais tarde através da Teoria de Custos de Transação (TECT) com Williamson (1979) e Klein, Crawford e Alchian (1978).

Coase (1937) busca explicar em seus estudos porque as firmas crescem, mostrando que seu crescimento é proporcional à racionalização de seus custos de transação. Sugere o autor que a empresa pense em produzir internamente um produto, ao invés de adquiri-lo, diretamente, no mercado.

Ressalte-se que os pensamentos de Coase (1937) são muito atuais quando analisamos o setor de saúde. Em 2004, em seu Relatório de Indicadores Globais, a Organização Mundial de Saúde mostra que no mundo e no Brasil, a assistência médica encontra-se sob crescentes pressões de custos, tanto no âmbito público quanto no privado. Nos Estados Unidos, onde o financiamento é misto e predomina a prestação privada de serviços, as despesas em assistência à saúde como percentual do Produto Interno Bruto (PIB) elevaram-se de 7%, na década de 1970, para mais de 15%, em 2005 (*Center for Diseases Control, National Center for Health Statistics, 2007*). No Canadá e Reino Unido, sistemas com financiamento e prestação de serviços majoritariamente públicos, os custos globais com atenção à saúde ampliaram-se em 43% no Canadá e 35% no Reino Unido, entre os anos de 1997 e 2002, apesar de inflação média de 11% e 9%, em cada um dos países (OMS, 2004).

No mercado de saúde brasileiro, a participação de intermediários parece responsável por onerar a produção de serviços médicos, tanto que algumas empresas passaram a investir em serviços médicos próprios, alegando a possibilidade de proporcionar maior resolutividade a seus clientes, com simultânea racionalização de recursos. Esse movimento de verticalização tem como objetivo maior controle dos custos de produção e vem ocorrendo principalmente entre as Cooperativas Médicas e as medicinas de grupo com grandes carteiras de beneficiários.

Segundo Besanko, Dranove, Shanley e Schaefer (2012), produzir e comprar são dois extremos num *continuum* de possibilidades de integração vertical. A decisão de uma empresa entre o produzir algo, executar uma atividade ela própria ou comprar de outra empresa independente é conhecido como “produzir ou comprar”. Produzir é fabricar o insumo, executar a atividade internamente, enquanto que comprar é contratar uma empresa

independente para fornecer o produto ou executar a atividade. Para definir suas fronteiras entre o produzir e o comprar a empresa deve analisar os benefícios, as vantagens, bem como os empecilhos, desvantagens e custos de produzir o bem ou serviço ou de comprá-lo de outra empresa.

Para esta pesquisa nos fundamentamos na definição de Besanko *et al.* (2012), “... nem sempre é desejável usar o mercado. Uma tarefa crucial para qualquer empresa é ‘definir suas fronteiras’ determinando que tarefas produzir e que outras comprar” (p. 141). Os autores detalham determinantes críticos das decisões entre o produzir e o comprar, descartando argumentos muito comuns nestes casos, mas que não correspondem à realidade. São cinco estes argumentos comuns, porém incorretos, apontados por estes autores (p. 142):

- a) *Deve ser produzido ao invés de ser comprado aquele bem que for fonte de vantagem competitiva para a empresa.*
- b) *Deve-se comprar ao invés de produzir, objetivando evitar custos de fabricação do produto.*
- c) *Ao invés de comprar, as empresas devem produzir, evitando deixar com a empresa independente os lucros; desta forma a empresa estaria capturando o lucro do fornecedor.*
- d) *Deve-se produzir ao invés de comprar, pois um produtor verticalmente integrado poderá evitar o pagamento de preços altos pelo insumo em períodos de demanda ou de suprimentos escassos.*
- e) *Produzir em casa significa ter um canal de distribuição, ganhando, desta forma, participação no mercado à custa de seus rivais.*

Sobre decidir entre o produzir e o comprar, Besanko *et al.* (2012, p. 142) afirmam que:

Os custos e benefícios de se depender do mercado podem ser classificados como relacionados com eficiência técnica ou eficiência de agência. A eficiência técnica tem várias interpretações em economia. Uma interpretação estreita mostra que ela representa o grau em que uma empresa produz o máximo que pode a partir de uma dada combinação de insumos. Uma interpretação mais ampla [...] é que a eficiência técnica indica se a empresa está usando o processo de produção de menor custo”. (p. 168).

Exemplificam esta situação, os autores, dizendo que, um serviço especializado de engenharia exigirá investimentos para desenvolver estas habilidades. Investimentos insuficientes resultarão em serviços ineficientes. Neste caso, compensa comprar o serviço de quem é especializado na área.

Ainda de acordo com estes autores, “eficiência de agência refere-se ao quanto os relacionamentos comerciais de bens e serviços na cadeia vertical foram organizados para minimizar os custos de coordenação, de agência e de transações” (Besanko *et al.*, 2012, p. 169). Complementam seu pensamento dizendo que “a decisão de fazer ou comprar, normalmente, tem implicações conflitantes para eficiência de agência e de técnica.” (idem, *ibidem*).

A integração vertical, para ser implantada em uma empresa, prescinde de análise aprofundada para que a decisão entre o produzir e o comprar seja, de fato, a decisão que venha ao encontro dos anseios da instituição. Como alternativa para situações de conflito entre a verticalização ou a horizontalização das empresas, Besanko *et al.* (2012), apresentam a integração vertical parcial, quando ocorre o produzir e o comprar. Para os autores,

A integração vertical parcial (tapered integration) representa a mistura de integração vertical e transações no mercado. Um fabricante pode produzir certa quantidade de um insumo e comprar o restante de empresas independentes. Pode vender parte de seus produtos através de uma equipe de vendas interna e contar com representantes de fabricantes independentes para vender o restante. (pp. 179-180).

A integração vertical, segundo Porter (1986), é a combinação de processos de produção, distribuição, vendas e/ou outros processos econômicos, tecnologicamente distintos dentro das fronteiras de uma mesma empresa. Isto representa, portanto, 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.

Para Porter e Teisberg (2007), a integração vertical nos Estados Unidos contribuiu para diminuir a competitividade entre empresas de planos de saúde e entre prestadores de serviços médicos, na medida em que estabeleceu redes afiliadas de atuação local, *Integrated Delivery Networks* (IDN). Essas redes são capitaneadas por empresas de planos de saúde, *Health Maintenance Organizations* (HMO) que, através de negociações por escala e preço, em detrimento de indicadores de resultados e valor agregado aos clientes, celebram contratos vantajosos com grupos médicos, clínicas e hospitais locais. Para que o cliente de uma HMO utilize prestadores fora dessa rede contratualmente integrada existem inúmeras restrições burocráticas e econômicas, caracterizando as IDNs como oligopólios que prejudicam a competição no setor.

Para Porter e Teisberg (2007), mesmo que haja pretensões semelhantes com a integração vertical das empresas de saúde no Brasil e nos Estados Unidos, os motivadores desse movimento são distintos e os aspectos mencionados podem ou não constituir benefícios concretos na realidade das empresas verticalizadas da saúde suplementar no país.

Ainda segundo os mesmos autores, o estudo teórico de Grossman e Hardt (1986), intitulado, *The Costs and Benefits of Ownership: A Theory of Vertical and Lateral Integration*, teve como foco os direitos de propriedade. Nessa teoria, a posse dos recursos, de segmentos consecuintes na cadeia de valor, elimina transações comerciais entre fornecedor e comprador e, por consequência, agrega estabilidade para o processo produtivo.

Em ambientes competitivos, como é o caso da saúde suplementar, diversas maneiras de associação entre empresas são experimentadas e estudadas, com ou sem vínculos de propriedade. Se considerarmos a cadeia produtiva de cada setor, é possível realizar integrações através de propriedade e relações contratuais, quer entre empresas competidoras num mesmo estágio da cadeia de valor, que será a integração horizontal, quer entre empresas fornecedoras e compradoras em estágios consecuintes na cadeia, que será a integração vertical (Harrigan, 2003).

Para esta autora, quatro dimensões definem movimentos de integração vertical.

- a) Estágio: refere-se ao número de estágios da cadeia de valor em que a empresa participa como produtora;
- b) Amplitude: descreve o número de processos produtivos desempenhados pela empresa num determinado estágio da cadeia de valor;
- c) Grau: trata da proporção em que a empresa utiliza *inputs* originados de sua própria produção em outro estágio da cadeia de valor;
- d) Forma: refere-se ao vínculo de propriedade exercido nas integrações verticais, que podem constituir-se de relações contratuais, ser de propriedade compartilhada ou propriedade exclusiva. (Harrigan, 2003, *in* Albuquerque *et al.*, 2011)

Para a análise da integração vertical, não podemos deixar de analisar o ponto de vista de Besanko *et al.* (2012), que afirmam existirem três formas de organizar a transação: não-integração; integração à jusante e integração à montante.

Segundo Besanko, Dranove, Shanley & Schaefer (2012),

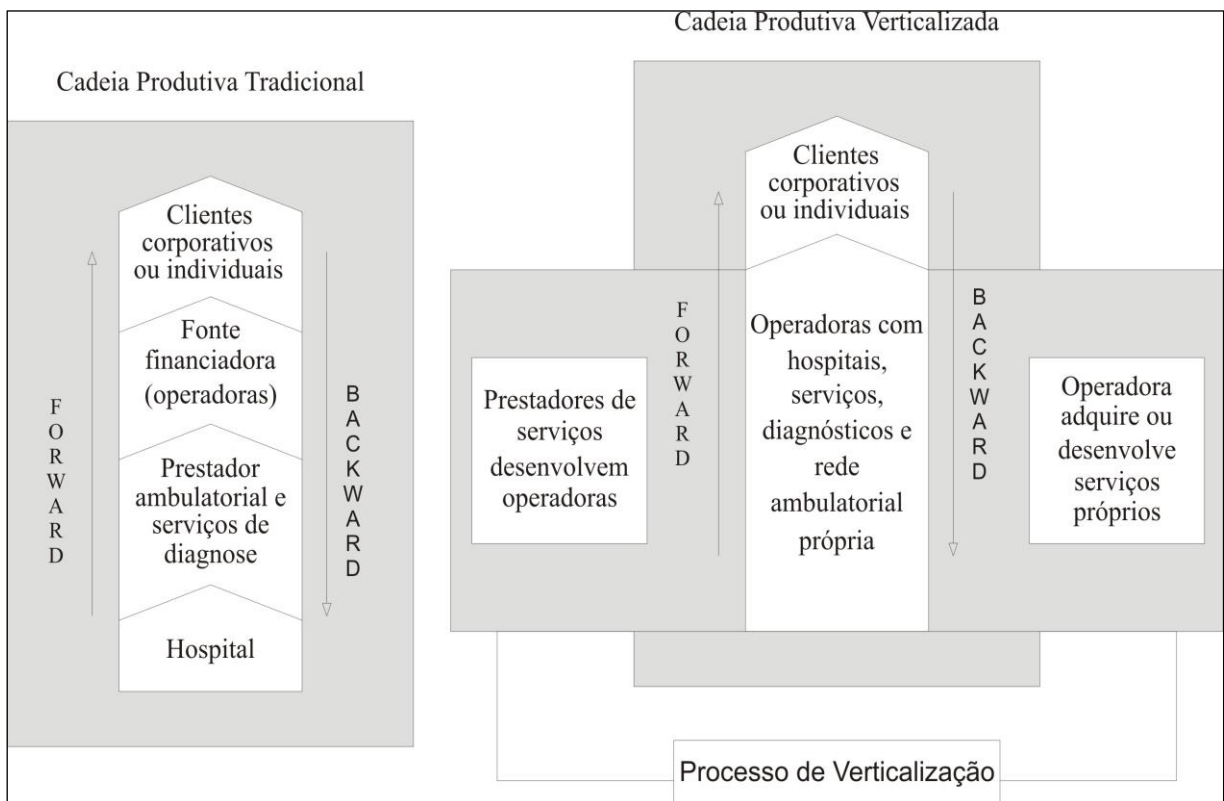
Uma questão essencial em estratégia de negócios é como organizar a cadeia vertical. Seria melhor organizar todas as atividades em uma única empresa, ou seria melhor depender de empresas independentes do mercado? Há muitos exemplos de empresas bem-sucedidas integradas verticalmente. Outras empresas bem-sucedidas são

verticalmente 'desintegradas'. Elas terceirizam a maior parte das tarefas na cadeia vertical a empreiteiros independentes. As fronteiras verticais de uma empresa definem as atividades que a própria empresa executa. (p.155)

Esta questão é de suma importância para definir se a integração vertical deve ser feita, como deve ser feita e por que deve ser feita. Novamente enfatiza-se que, a integração vertical pode ocorrer em dois sentidos: para frente, chamada integração vertical à jusante, ocorre em direção ao aumento do controle sobre o seu mercado (clientes), e para trás, conhecida como integração vertical à montante, ocorre em direção ao aumento do controle sobre os fornecedores, procurando obter vantagens de custo.

Albuquerque *et al.* (2011) ilustram sua pesquisa em relação ao tema, demonstrando como funciona a cadeia produtiva tradicional e como funciona a cadeia produtiva verticalizada, identificando *forward* (para frente, integração à jusante) e *backward* (para trás, integração à montante), o que pode ser observado na Figura 2.1.

FIGURA 2.1. Modelos de Cadeia produtiva na medicina suplementar.



Fonte: Albuquerque, Fleury & Fleury, (2011, p. 44).

Este estudo contribui para demonstrar uma característica predominante da integração vertical na saúde suplementar nas suas dimensões para frente e para trás; é a manutenção do vínculo de propriedade nesses processos. Em outras palavras, a posse das cadeias de produção por um mesmo grupo econômico deve gerar eficiência e eficácia, pois ela elimina transações comerciais e, conseqüentemente, reduz-se o custo com atravessadores e o excesso de margens adicionais ao longo da cadeia, aproximando a cadeia produtiva do consumidor final, encurtando distâncias.

Estudos sobre integração vertical nas empresas foram realizados por diversos autores. A evolução destes estudos deve-se aos seguintes autores:

TABELA 2.1 – Evolução cronológica dos autores relacionados à verticalização.

DATA	AUTORES
1937	Coase, R.
1979	Willianson, O. E.
1989	Porter, M. E.
1993	Williamson, O. E., & Winter, S. G.
2007	Porter, M. E.; & Teisberg, E. O.
2011	Albuquerque, G. M., Fleury, M. T. L., & Fleury, A. L.
2011	Castanheira, F.; Serio, L. C. di.; Moura, G. L. de. & Martins, G. S.
2011	Piccoli, P. G. R., Guimarães, C. B., & Tortato, U.
2011	Santacruz, R.
2012	Besanko, D., Dranove, D., Shanley, M., & Schaefer, S.
2013	Harrigan, K.

Fonte: Elaborada pelo autor.

A evolução dos estudos relacionados à verticalização nas empresas, realizados por estes autores, promoveu o aprofundamento e a ampliação do tema, contribuindo, de forma gradativa, para sua aplicação em diversos setores e serviços.

2.1 Vantagens econômico-financeiras da verticalização

Estudos recentes têm mostrado uma tendência dos prestadores de serviços de saúde em verticalizar a oferta, adquirindo ou abrindo clínicas, hospitais, centros de diagnose entre outros. Segundo Santacruz (2011), “as situações de completa integração vertical contemplam tanto a integração na qual um hospital passa atuar também no segmento de planos de saúde, quanto a integração na qual uma operadora adquire ou institui um hospital – sendo esta última a situação relevante” (Santacruz, 2011, p. 14). Verticalização é a situação de completa integração entre a operadora de planos de saúde e os prestadores de serviços, reunidos em uma única organização que, ao mesmo tempo administra e realiza os serviços.

Piccoli, Guimarães e Tortato (2011) apontam o pilar sobre o qual a verticalização defendida pela Teoria de Custos Transacionais se apoia: “... é a apropriação dos lucros por parte da empresa verticalizada, que antes estariam divididos entre os diferentes agentes envolvidos ao longo da cadeia de valor. Assim, além de diminuir a exposição ao risco, a verticalização confere também a oportunidade do aumento da lucratividade da empresa” (p. 77).

Dentre as vantagens econômicas desta integração, buscamos fundamentação em Albuquerque *et al.* (2011,). Para estes autores, são três os principais benefícios da integração vertical:

- a) Economia de escopo – Com base em Williamson, (1979), Klein, Crawford e Alchian (1978), Albuquerque *et al.* (2011) afirmam que é possível tornar mais homogênea e especializada a produção de bens e serviços em um determinado patamar da cadeia produtiva, se ela se voltar a um único consumidor;
- b) Economia de integração – Fundamentando-se em Klein, Crawford e Alchian (1978), Albuquerque *et al.* (2011) afirmam que a coordenação comum de atividades minimiza o comportamento oportunista e competitivo que costuma haver entre dois agentes distintos que geram maiores custos de transação. A verticalização suprime *overheads* (aquilo que se gastou a mais para manufaturar um determinado produto ou executar um determinado contrato); a integração vertical também promove a centralização do controle e a integração entre diferentes unidades de negócio o que gera sinergias que potencializam a atividade fim da empresa.
- c) Racionalização de recursos – Segundo Albuquerque *et al.* (2011), com base em Mpoyi, (2003) a racionalização de recursos ocorre porque as atividades de *marketing* e comerciais podem ser suprimidas pois são desnecessárias quando a produção se volta

somente a um consumidor; da mesma forma ocorre com os custos de distribuição pois os mesmos são minimizados diante de haver um ou poucos centros consumidores daquilo que é produzido.

Segundo Theisen e Milan (2010), “boa qualidade deve resultar em maiores lucros, enquanto que a má qualidade aumenta os custos para produzir o produto e/ou serviço. (p. 5). Às vantagens econômicas da integração vertical devem estar atreladas às características da oferta de serviços de qualidade.

2.2 Vantagens competitivas da verticalização

Estudos relacionados à integração vertical na prestação de serviços de forma geral e de saúde em particular, demonstram que o padrão de competição é atingido de forma positiva pela verticalização. Segundo Santacruz (2011), a verticalização eleva a qualidade do atendimento aos beneficiários, o que promove a competição em busca de serviços de qualidade e que correspondam às expectativas dos usuários dos planos de saúde.

Para Albuquerque *et al.* (2011), os benefícios, as vantagens competitivas da verticalização são indiscutíveis. Estes autores destacam seis vantagens competitivas potenciais da verticalização:

- a) Albuquerque *et al.* (2011), citando Joskow (1985) afirmam que a primeira vantagem está na criação de barreiras de entrada para novos competidores, pelo fato de que os custos aumentam e se exige um *know-how* maior para entrada no negócio. Cria-se assim uma barreira de entrada aos competidores, possibilitando a uma empresa, ao mesmo tempo, aumentar o preço de seu *input* e diminuir o preço de seu *output*.
- b) Na produção de insumos ou produtos intermediários ocorre a proteção de propriedade intelectual (Argyres, 1996, *in* Albuquerque *et al.*, 2011).
- c) Para Albuquerque *et al.* (2011) citando Harrigan (2003), estimar variações de demanda de produtos seguintes na cadeia de valor favorece o direcionamento da produção do bem intermediário o que leva a diminuir os riscos associados às oscilações do mercado.
- d) Também citando Harrigan (2013), Albuquerque *et al.* (2011) consideram como vantagem competitiva a existência de um maior conhecimento do cliente final o que permite adaptações mais rápidas às novas tendências de consumo.

- e) Outra vantagem de competitividade da verticalização é a auditoria e alocação de recursos, já que a auditoria das próprias divisões é facilitada e é possível manter padrões de qualidade homogêneos bem como informações que possibilitam a alocação mais efetiva de recursos humanos, entre as diferentes divisões do negócio (Mahoney, 1992).
- f) Usando como referência Eisenhardt (1985), a motivação é considerada por Albuquerque *et al.* (2011) como vantagem competitiva da verticalização pois, segundo este autor, a seleção, treinamento e socialização contribuem para minimizar as divergências entre pessoas, ao mesmo tempo em que colaboram para convergência de objetivos.

Para Castanheira, Serio, Moura & Martins (2010), a verdadeira vantagem competitiva de uma empresa alicerça-se em seus recursos e capacidades. Para estes autores,

Encontrar formas de fazer melhor do que a concorrência é como construir fortalezas que sustentarão grande parte do sucesso e do resultado da empresa. Neste sentido, as decisões da verticalização podem representar vantagens competitivas por se constituir em configurações mais eficientes de organização das atividades, face ao momento em que a indústria vive. Comprar insumos ou produzi-los internamente; ou vender para os seus clientes, ou possuir essa etapa da cadeia, são as decisões que têm que ser tomadas para se constituir a forma mais eficaz de se operar. (pp. 21-22).

2.3 O estudo de Porter

2.3.1 Vantagens competitivas – O modelo de Porter

Porter (1989), ao abordar a estratégia competitiva diz que “a concorrência está no âmago do sucesso ou do fracasso das empresas” (p. 1), sendo sua análise determinante para a adequação de ações capazes de contribuir para o desempenho empresarial. A estratégia competitiva propõe-se estabelecer um posicionamento que seja sustentável e lucrativo.

Para este autor a competição nas indústrias é uma batalha interminável, podendo ocorrer instabilidade e, longos períodos de estabilidade, podem ser bruscamente interrompidos pela competitividade natural e constante neste meio. A escolha de uma má posição competitiva pode resultar na ausência de lucros atrativos, mesmo sendo ela uma indústria com um perfil atrativo.

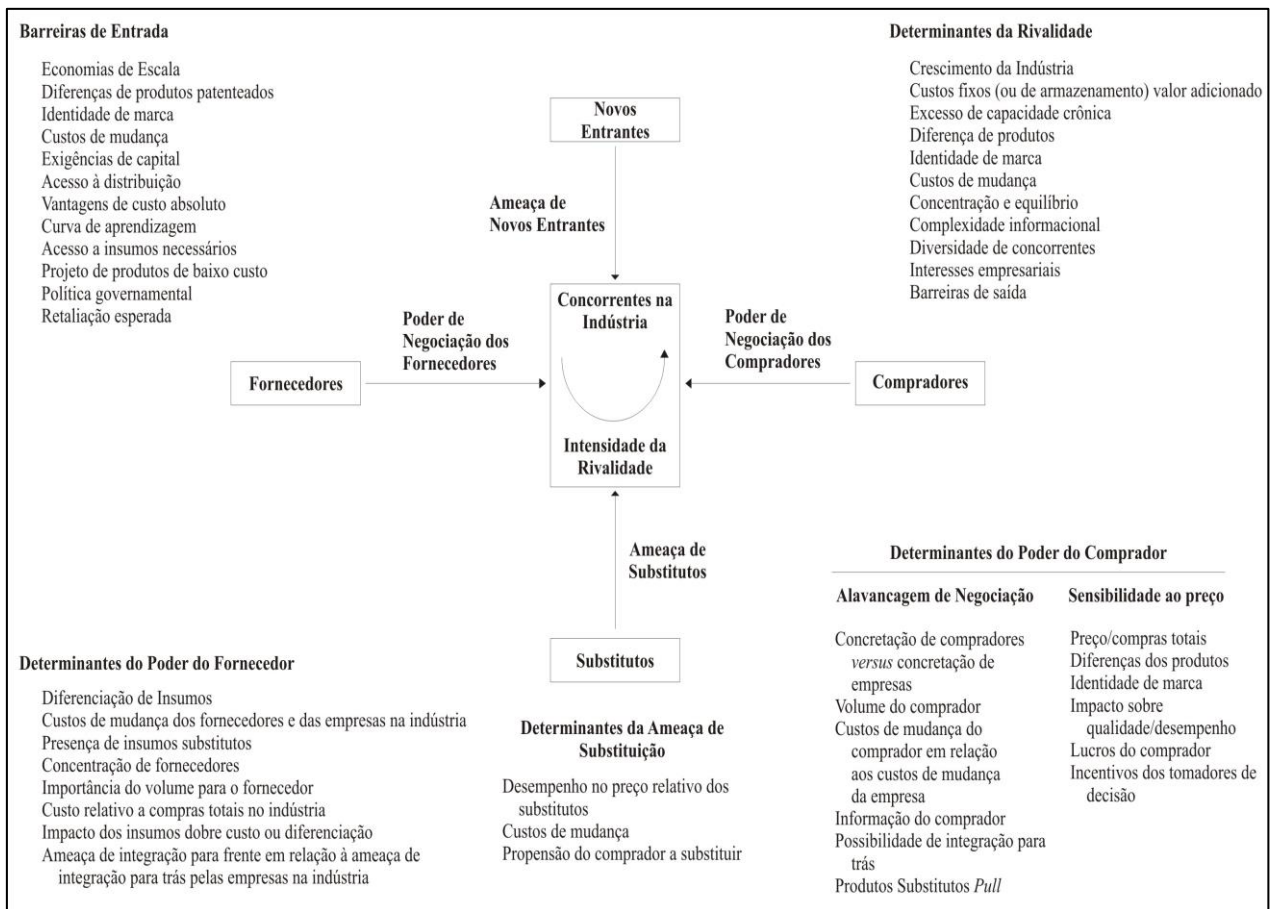
A atratividade da indústria é, segundo Porter (1989), o determinante fundamental da rentabilidade da empresa, sendo necessário modificar regras existentes de forma que sejam favoráveis à empresa, a fim de obter a meta final da estratégia competitiva.

Porter (1989) destaca que, em qualquer indústria, de produto ou serviço, as regras da concorrência estão englobadas em cinco forças competitivas:

- a) A entrada de novos concorrentes – Esta força competitiva busca trabalhar os sistemas de preços e modular os investimentos com um único objetivo: deter os potenciais entrantes e, principalmente, mantê-los afastados de determinado mercado.
- b) A ameaça de substitutos – Esta força procura balancear o preço relativo de um produto ou serviço aos custos de mudanças, fazendo com que a sua perfeita equação desencoraje o comprador a substituir determinado produto ou serviço. Ou seja, esta força auxilia intensamente na possibilidade da não substituição de um produto ou serviço. O comprador que estava propenso a substituí-lo, não o fará através de análise do excelente equilíbrio observado.
- c) O poder de negociação dos compradores – A força competitiva do comprador também influencia os custos e os investimentos e coloca um limite nos preços que a empresa pode cobrar. Neste caso, maior influência resulta em preço menor e, influência menor, diminui a força do comprador, fazendo-o pagar um preço maior. Compradores poderosos exigem serviços melhores, mais caros.
- d) O poder de negociação dos fornecedores – O poder de negociação dos fornecedores reside na sua força de determinar os custos da matéria prima e de outros insumos. O fornecedor mais poderoso tem a força de negociar uma matéria-prima de custo maior, enquanto o fornecedor menos poderoso sujeita-se à negociação de uma matéria-prima com custo menor. Esta força competitiva apresenta impacto dos insumos sobre o custo dos produtos.
- e) A rivalidade entre os concorrentes existentes – A intensidade da rivalidade dos substitutos influencia os preços bem como os custos da concorrência em áreas como fábrica, desenvolvimento de produto, publicidade e força de vendas.

Os elementos importantes das cinco forças competitivas podem ser identificados no quadro da Figura 2.2, elaborado por Porter (1989).

FIGURA 2.2. Elementos da estrutura industrial



Fonte: PORTER, 1989, p. 5.

Para este autor, a rentabilidade da indústria está na sua estrutura, não sendo uma função da aparência do produto, nem se o mesmo engloba tecnologia de ponta ou não. Para ele, as cinco forças competitivas são determinantes na rentabilidade da indústria, por sua capacidade de influenciar preços, custos, bem como os investimentos necessários das empresas na indústria, que são os elementos de retorno sobre os investimentos.

Além disso, é importante destacar que o uso destas cinco forças competitivas de Porter (1989) permite que uma indústria ou uma empresa percebam a complexidade e que sejam identificados os fatores críticos para a concorrência. Da mesma forma, as cinco forças possibilitam estratégias capazes de melhorar a rentabilidade da indústria e da empresa. Importante destacar que o uso das cinco forças competitivas de Porter não dispensa a necessidade de se buscar novas formas de concorrência em uma indústria e de se focar a energia criativa dos administradores para os aspectos estruturais da indústria, essenciais para rentabilidade em longo prazo.

Porter ainda destaca que, muitas vezes as empresas fazem escolhas estratégicas sem tomar o cuidado de analisar suas consequências para a estrutura da indústria em longo prazo. Segundo Porter (1989), “elas visionam um ganho em sua posição competitiva se uma ação tiver êxito, mas deixam de prever as consequências da reação competitiva”. (p. 7) Por isso, é muito importante discutirmos neste trabalho os riscos que a verticalização representa. Este será o ponto discutido a seguir.

2.4 Riscos da verticalização

Ao discutirem a verticalização, alguns autores apontam para possíveis falhas estratégicas que podem ocorrer nos processos de integração vertical, além da possibilidade de não se tomar em consideração as desvantagens próprias do modelo hierárquico.

Albuquerque *et al.* (2011) apontam quatro dificuldades e/ou desafios para a integração vertical:

- a) Williamson, (1979), citado por Albuquerque *et al.* (2011) indica, como primeiro ponto, a diminuição de escala de produção, bem como o aumento dos custos marginais do produto; isto poderá ocorrer pelo fato de que a produção destina-se a um único cliente ou, no mínimo, a um número relativamente menor de clientes. Harrigan (2003) também citado por Albuquerque *et al.* (2011), acrescenta que, inovar pode ser inviável financeiramente, dependendo da escala de produção;
- b) Também é Harrigan (2003), citado por Albuquerque *et al.* (2011) quem aponta outro fator: a integração vertical mal executada, já que algumas empresas mantêm seus negócios relacionados com um grau muito limitado de integração, deixando de explorar sinergias e de trocar conhecimentos específicos;
- c) Novamente Harrigan (2003), mais uma vez citado por Albuquerque *et al.* (2011), aponta agora para a integração vertical mal indicada, especificando neste item que há empresas que se utilizam da verticalização unicamente com o objetivo de compensar posições competitivas precárias, o que faz com que permaneçam muito aquém dos resultados alcançados por seus concorrentes;
- d) Albuquerque *et al.* (2011) buscam em Balakrishnan e Wernerfelt (1986) outro aspecto considerado uma dificuldade e um desafio: o distanciamento dos mecanismos de controle competitivo do mercado bem como a burocratização de processos internos são situações que podem tornar a empresa fornecedora mais defasada no que se refere

às novas tecnologias, bem como às metodologias de gestão, aos canais de vendas entre outros aspetos importantes para a competitividade. Resulta disto que o acesso a fornecedores e a outros compradores acaba sendo mais restrito, resultando em trocas de informação, de conhecimento e de experiências bem mais restritas o que, invariavelmente reduzirá a competitividade.

Santacruz (2011) aponta outros aspectos que merecem uma análise mais detalhada. Segundo este autor, o consumidor de um serviço de saúde, desconhecendo os serviços de que irá necessitar futuramente, tende a usá-los excessivamente. É o chamado risco moral, perigo moral, ou *moral hazard*, identificado como o pensamento de que “Já que está pago mesmo, vou usar...”. Como resultado, o preço ao consumidor é superestimado para compensar o consumo excessivo. Desta forma, preços mais elevados resultam em menos consumidores participando do mercado.

O *moral hazard* exigirá um monitoramento de gastos, equipe de profissionais para avaliar pedidos de exames, de tratamentos, é preciso manter um maior controle sobre os hospitais, laboratórios. Ainda segundo Santacruz (2011), “os custos de monitoramento dos gastos excessivos decorrentes do *moral hazard* se reduzem com a elevação do número de beneficiários”. (p. 8). Desta forma, a busca por mais clientes em uma situação de pouco crescimento orgânico da demanda gera uma tendência à concentração horizontal da oferta. Ressalte-se, como já foi discutido, a necessidade de se ter um maior controle sobre hospitais, laboratórios, clínicas, compartilhando informações e melhorando o sistema de monitoramento. Ou seja, de acordo com o mesmo autor, “a presença de *moral hazard* no mercado gera uma tendência à integração vertical”. (p. 8).

Uma vez apresentados aspectos teóricos que fundamentam o tema da integração vertical, passamos agora aos procedimentos metodológicos da pesquisa, tema do próximo capítulo.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa trata-se de um estudo de caso. Quanto à sua amplitude e profundidade, é um estudo de caso descritivo de natureza qualitativa.

Uma das características da ciência é o uso de método científico. Afirmam Lakatos e Marconi (1991) que “não há ciência sem o emprego de métodos científicos”. (p. 83). Desta forma, para esta pesquisa científica, tendo em vista o alcance dos objetivos nela propostos, foi necessário o estabelecimento de procedimentos metodológicos. Segundo Yin (2005), o estudo de caso contribui de forma significativa para a compreensão de fenômenos organizacionais, sociais e políticos, através de uma investigação *ex post factum* de situações da vida real.

Yin (2005) destaca que “o estudo de caso permite uma investigação para se preservarem as características holísticas e significativas dos eventos da vida real – tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de alguns setores” (p. 21).

Schramm (1971), citado por Yin (2005), afirma que “a essência de um estudo de caso, a principal tendência em todos os tipos de estudo de caso, é que ela tenta esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões: o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e com quais resultados” (p. 31).

Esta pesquisa apresenta um estudo de caso realizado na Unimed Cuiabá, descrita e caracterizada a seguir.

3.1 Unidade de análise

3.1.1 O sistema Unimed

A unidade de análise desta pesquisa é a Unimed Cuiabá.

Aspectos históricos em relação à Unimed apontam para o ano de 1967 quando um grupo de médicos fundou, na cidade de Santos, a União dos Médicos – Unimed, atualmente reconhecida como a maior experiência cooperativista no Brasil e no Mundo (www.unimed.coop.br). A década de 1970 marcou a consolidação do modelo cooperativista no setor de saúde no Brasil. A rápida expansão do número de Unimeds, estimulada pelo sucesso da Unimed Santos, serviria como modelo para médicos de outras regiões do país. As cooperativas médicas passaram a se organizar orientadas pela Lei 5.764 de 1971 que instituiu o regime jurídico das cooperativas.

A partir de Santos, o Sistema Unimed foi implantado em todo o país.

O Sistema Unimed é formado por:

- a) As Confederações que têm por objetivo orientar e coordenar as atividades das filiadas, em casos em que o volume dos empreendimentos extrapola o âmbito de capacidade ou conveniência de atuação das centrais e federações;
- b) As federações responsáveis pela coordenação e centralização estadual das Unimeds;
- c) As singulares, cooperativas médicas de atuação regional que se caracterizam pela prestação direta dos serviços de saúde aos associados; e
- d) A Central Nacional Unimed, operadora nacional de planos de saúde Unimed, que atua em carteiras de grande porte com abrangência em mais de treze estados da Federação, foi constituída em 1988, comercializa assistência médica empresarial, com abrangência nacional, beneficiários e atendimento diferenciados;
- e) A Unimed Participações, *Holding* e controladora das empresas Unimed Seguradora, Unimed Administração e Serviços e Unimed Corretora. Tem por propósito representar os interesses das cooperativas e do sistema Unimed junto às empresas controladas. Atua com a finalidade de sustentar as necessidades de capital das empresas do grupo, captar recursos e acompanhar o desempenho para otimizar a rentabilidade dos investimentos das sócias;
- f) A Seguros Unimed, empresa que administra a carteira de mais de 6 milhões de segurados, tem por finalidade a comercialização de planos de previdência complementar para os médicos cooperados do país;
- g) A Fundação Unimed voltada para o desenvolvimento profissional dos médicos cooperados, dirigentes, gestores e demais colaboradores;
- h) A Unimed Odonto, operadora de planos odontológicos.

Atualmente, o Sistema Unimed do Brasil é composto por cooperativas que estão distribuídas em todas as regiões brasileiras, abrangendo 84% do território nacional. Em 2014, o Sistema Unimed contava com 351 cooperativas, 110 mil médicos ativos, atingindo a ordem de 20 milhões de clientes em todo o país. (www.unimed.coop.br)

Os clientes Unimed contam com uma rede assistencial no país, com 4.815 hospitais privados, 3.033 hospitais credenciados – que corresponde a 63% dos hospitais privados do Brasil, 113 hospitais próprios, 13 hospitais dia, 7.948 leitos próprios, 125 farmácias próprias, 186 unidades de Pronto Atendimento, 74 laboratórios próprios e 76 centros de diagnósticos,

110 mil médicos ativos. O Sistema Unimed gera aproximadamente 80 mil empregos diretos; destes 2.015 são executados por empregados com alguma necessidade especial, segundo dados do Balanço Social do Sistema Unimed 2014. (www.unimed.coop.br)

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde, publicados em 2015, através de seu Relatório Anual, o sistema Unimed possui 32,2% do mercado nacional de planos de saúde, sendo que a Unimed Cuiabá destaca-se por ser a sétima maior Unimed do Brasil em faturamento e em receita líquida, segundo balanço contábil e gerencial da Unimed, publicado em março de 2015. (www.ans.gov.br)

3.1.2 A Unimed Cuiabá

Conforme falamos anteriormente, a nossa unidade de análise é a Unimed Cuiabá, está entre as 1.000 maiores empresas do país, em Receita Líquida, segundo a Revista Exame, Maiores e Melhores: as 1.000 maiores empresas do Brasil, de 2015. Também está entre as 150 Melhores Empresas para se trabalhar pelo 6º ano, segundo a revista Você S.A. de 2015, o que demonstra seu altíssimo grau de maturidade na gestão.

As administrações das Cooperativas de trabalho Unimed não são interligadas no Brasil, ou seja, são unidades de negócio com autonomia plena. Nem mesmo os seus produtos são padronizados. Somente o atendimento aos usuários Unimed é padronizado nacionalmente, através de um sistema de intercâmbio entre as mais de 351 Cooperativas.

A Unimed Cuiabá foi fundada em 1972, porém a sua história, começou três anos depois, quando ocorreu a primeira assembleia geral de constituição, em 20 de outubro de 1975. Na oportunidade, cada um dos 22 profissionais presentes subscreveu dez cotas-partes, fixadas em 200 cruzeiros (moedas da época), cujo montante passou a ser o capital social da cooperativa, então denominada, Unimed – Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos e Hospitalares. Cooperados e capital social compunham os únicos ativos. Não havia sede, funcionários, móveis ou material de expediente.

A Cooperativa Médica de Cuiabá em 2015 completou 40 anos de história, sendo uma das maiores empresas de saúde do Brasil.

3.2 Técnicas de pesquisa

O levantamento de dados desta pesquisa foi realizado com base nos seus objetivos específicos. Segundo Lakatos e Marconi (1991), “para a obtenção de dados podem ser

utilizados três procedimentos: pesquisa documental, pesquisa bibliográfica e contatos diretos”. (p. 158). A pesquisa documental envolve a análise de fontes documentais que sirvam de suporte à investigação em questão, podendo os mesmos serem de fontes primárias ou fontes secundárias. Yin (2005), referindo-se à pesquisa documental, especifica que “para os estudos de caso, o uso mais importante de documentos é corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes”. (p. 109). O autor completa o seu pensamento dizendo que, através dos documentos é possível obter detalhes específicos para corroborar informações que foram obtidas em outras fontes. Além disso, prossegue Yin, no caso de contradição de informações, ao invés de corroborar o documento, o pesquisador do estudo de caso encontra, nesta contradição, razões para uma busca mais aprofundada do assunto.

Os contatos diretos, a pesquisa de campo ou de laboratório, acontecem no contato direto com pessoas através das quais é possível obter dados ou informações úteis.

Para Lakatos e Marconi (1991), “a pesquisa bibliográfica é um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância, por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados com o tema”. (p. 158)

Para o primeiro objetivo específico que é “descrever o histórico do processo de verticalização do produto Unimed Fácil” e o quinto objetivo, “Identificar os riscos e dificuldades da verticalização”, foram realizadas doze entrevistas não estruturadas com Presidentes, Superintendentes e Diretores de todas as áreas da empresa. Para Lakatos e Marconi (1991), na entrevista não estruturada o entrevistador pode desenvolver cada situação da forma que achar mais adequada, podendo, assim, explorar mais amplamente a questão em estudo. “Em geral as perguntas são abertas e podem ser respondidas dentro de uma conversação informal”. (p. 197).

A entrevista, segundo estas autoras, visa obter informações em relação a determinado assunto, através de uma conversa profissional. Desta forma são coletados dados com vistas à realização de um diagnóstico ou do tratamento de um problema social. Ainda segundo Lakatos e Marconi (1991), é uma conversação que se realiza face a face, de forma metódica, possibilitando ao entrevistador coletar as informações que procura. Ainda citando as mesmas autoras, “alguns autores consideram a entrevista como instrumento por excelência da investigação social”. (p. 196).

Para a entrevista, no caso da presente pesquisa, duas perguntas foram feitas aos entrevistados:

1. Como foi criado o Produto Unimed Fácil? E por quê?
2. O que pode comprometer o sucesso do modelo de verticalização?

Com base nas considerações de Lakatos e Marconi (1991) e de Yin (2005), e a partir destas perguntas a conversa ocorreu de forma aberta, sem padronização visando deixar o entrevistador livre para desenvolver cada situação em qualquer direção que considerasse adequada.

No caso do segundo objetivo, “a análise dos resultados financeiros da verticalização do Produto Unimed Fácil Cuiabá”, foram analisadas as publicações dos Relatórios Gerenciais e Contábeis da Cooperativa Médica, além de outros documentos internos disponibilizados pela Controladoria com autorização da Presidência da empresa.

Toda pesquisa, de acordo com Lakatos e Marconi (1991), exige levantamento de dados de diversas fontes úteis e são necessários para trazer conhecimentos pertinentes ao tema. A pesquisa documental é uma das formas de recolher informações sobre o campo de interesse da pesquisa. Segundo as autoras, “esse material-fonte geral é útil, não só por trazer conhecimentos que servem de *back-ground* ao campo de interesse, como também para evitar possíveis duplicações e/ou esforços desnecessários; pode, ainda, sugerir problema e hipóteses e orientar para outras fontes de coleta” (p. 174).

Para o terceiro e quarto objetivos que são a “análise das vantagens econômicas da verticalização do produto Unimed Fácil” e “análise das vantagens competitivas da verticalização do produto Unimed Fácil”, foi realizada observação participante do tipo natural, pois o pesquisador pertencia à empresa investigada, tendo exercido cargo de direção por mais de 15 anos.

Para Mann (1970, p. 96), citado por Lakatos e Marconi (1991), “a observação participante é uma tentativa de colocar o observador e o observado do mesmo lado tornando-se o observador um membro do grupo de molde a vivenciar o que eles vivenciam e trabalhar dentro do sistema de referência deles”. (p. 194).

Para Yin (2005),

A observação participante fornece certas oportunidades incomuns para a coleta de dados em um estudo de caso, mas também apresenta alguns problemas. A oportunidade mais interessante relaciona-se com a sua habilidade de conseguir permissão para participar de eventos ou de grupos que são, de outro modo, inacessíveis à investigação científica. Em outras palavras, para alguns tópicos de pesquisa, pode não haver outro modo de coletar evidências a não ser através da observação participante. Outra oportunidade muito interessante é a capacidade de perceber a realidade do ponto de vista de alguém de "dentro" do estudo de caso, e não de um ponto de vista externo. Muitas pessoas argumentam que essa perspectiva é de valor inestimável quando se produz um retrato "acurado" do fenômeno do estudo de caso. (p. 116-118)

Lakatos e Marconi (1991) definem a observação participante como “a participação real do pesquisador com a comunidade ou grupo. Ele se incorpora ao grupo, confunde-se com ele. Fica tão próximo quanto um membro do grupo que está estudando e participa das atividades normais deste”. No caso da presente pesquisa, a observação participante é natural, já que, como se afirmou acima, “o observador pertence à mesma comunidade ou grupo que investiga” (p. 194).

O limite a esse duplo papel do pesquisador, ao mesmo tempo observador e membro do grupo observado, é inerente à pesquisa, mas procurou ser minimizado com a constante checagem das observações com o orientador da pesquisa e a contínua revisão dos registros dos dados coletados.

3.3 Tratamento dos dados

A coleta de dados, na execução de uma pesquisa científica, é o momento em que se inicia a aplicação das técnicas selecionadas e dos instrumentos que foram elaborados com esta finalidade. É uma etapa da pesquisa que exige paciência, perseverança, organização e esforço.

Yin (2005, p. 115) estabelece três princípios essenciais para que a coleta de dados corresponda ao que se objetiva no estudo de caso:

- a) utilizar várias fontes de evidência;
- b) criar um banco de dados para o estudo de caso;
- c) manter o encadeamento de evidências.

Após o levantamento dos dados e informações necessárias para este estudo, os mesmos foram elaborados e classificados de forma sistemática, possibilitando o seu uso neste estudo de caso. Para Lakatos e Marconi (1991), “uma vez manipulados os dados e obtidos os resultados, o passo seguinte é a análise e interpretação dos mesmos, constituindo-se ambas no núcleo central da pesquisa”. (p. 167)

Na presente pesquisa, os dados coletados por meio das entrevistas foram registrados durante a sua realização. Em seguida, o entrevistador, com base em suas anotações e na memória das conversas, analisou as informações com o propósito de descrever a história do produto Unimed Fácil.

A análise dos dados financeiros, coletados por meio da documentação disponível, foi realizada, comparando-se os dados do Produto Unimed Fácil frente a toda a carteira de produtos no sistema *fee for service*. Além disso, foram comparadas as margens de

contribuição, os sistemas de preço, o crescimento vegetativo e financeiro, bem como o resultado bruto e líquido deste produto em relação às demais carteiras da operadora em análise.

Nesta pesquisa, foram tratados dados dos Balanços Patrimoniais da empresa dos anos de 2008 a 2014, bem como, os Relatórios Gerenciais, que abordam, exclusivamente, o produto Unimed Fácil, foco desta pesquisa.

Os dados da observação participante foram organizados pelo pesquisador de acordo com as seguintes variáveis:

- a) Vantagens Econômicas: Economia de escopo; Economia de Integração, Racionalização de Recursos.
- b) Vantagens Competitivas: a entrada de novos concorrentes, a ameaça de substitutos, o poder de negociação dos compradores, o poder de negociação dos fornecedores, a rivalidade entre os concorrentes existentes.

Os principais entrevistados desta pesquisa foram:

TABELA 3.1 – Relação dos entrevistados para a pesquisa.

NOME	CARGO
Dr. João Bosco de Almeida Duarte	Presidente
Dra. Kátia Gomes Bezerra de Oliveira	Vice-presidente
Dr. Antonio Carlos de Carvalho Reiners	Diretor de Mercado
Dr. Douglas Alberto de Arruda Gomes	Diretor Financeiro
Thyago Bernuci Bartolomeu	Diretor de Tecnologia
Idalmo Nunes Cardoso	Diretor de Redes
Cypriano Agostinho Curvo	Superintendente Comercial
João Afonso da Costa Marques	Superintendente Financeiro
Nádia Sandrelly	Gerente de Atendimento
Gislaine Bernardo Klein	Gerente de Medicamentos
Sidneia de Oliveira Coutinho	Controladora
Dr. Kamil Hussein Fares	Ex-presidente

Fonte: Elaborada pelo autor

4 ANÁLISE DOS DADOS

O presente estudo analisa os dados pesquisados em cinco frentes: inicialmente apresenta o histórico do *locus* da pesquisa, analisando a seguir os resultados financeiros da verticalização, as vantagens econômicas, as vantagens competitivas e os riscos da verticalização.

Para Best (*in* Lakatos e Marconi, 1991), a análise e interpretação dos dados “representa a aplicação lógica dedutiva e indutiva do processo de investigação” (p. 167). A importância dos dados pesquisados não está nos dados em si, mas nas respostas que os mesmos oferecem à investigação em curso.

4.1 Histórico

O presente trabalho contou com entrevistas do corpo diretivo da Unimed Cuiabá, dentre eles, todos os Diretores da empresa, Superintendentes e membros do Conselho de Administração, perfazendo um total de 12 pessoas.

Estas entrevistas apresentam informações que mostram que a Unimed Cuiabá, no período de 2008 a 2014, viveu o anseio de uma parcela da classe média que teve no aumento da renda e do crédito, novos desejos de consumo; aqui focamos na população que não possuía planos de saúde e estava totalmente à mercê do atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto, surgiu a necessidade de oferecer planos mais populares, a um preço mais acessível a este público.

Esse anseio da nova classe média trouxe um novo desafio para a Operadora de Saúde Unimed: como prestar um serviço de alta qualidade para a população a um custo que pudesse tornar seus produtos acessíveis a uma maior parcela da classe média emergente. Foi deste desafio que surgiu o produto Unimed Fácil.

Esse potencial novo de mercado, a concepção deste produto, abriu o caminho para a verticalização das atividades da Cooperativa Médica. Surge daí a importância de entendermos os principais pontos desse processo de verticalização da Cooperativa Médica, bem como seus efeitos sobre a fidelização de clientes, novos produtos e principalmente redução de custos no setor.

Vivendo essa nova realidade mercadológica em 2008, a Unimed Cuiabá lançou o produto Unimed Fácil, mais acessível, destinado a uma parcela da população que aspirava por

um plano de saúde; mas este produto precisava ser mais barato e de alta qualidade, desta forma foi criado o Unimed Fácil, que no seu início possuía somente o Ambulatório próprio.

O lançamento do Plano Unimed Fácil veio acompanhado de um ambulatório próprio que foi arrendado do SESI Clínica (Serviço Social da Indústria) que encerrou suas operações no ano de 2008. Esta foi a primeira experiência de verticalização que a operadora teve em seus mais de 30 anos de atuação. Neste ambulatório, foram inaugurados 25 Consultórios das mais diversas especialidades tornando-se o ponto de partida para a consolidação do produto Unimed Fácil, pois a Cooperativa começa a ganhar experiência em verticalização e sente a possibilidade real de elaborar um produto inovador.

No ano de 2009 a Unimed, toma a decisão de montar um Pronto Atendimento (PA) próprio. Essa decisão foi tomada em Assembleia Geral que contou com a participação de mais de 500 médicos, sendo aprovada por mais de 97% dos Cooperados, ou seja, optou-se por realizar determinados serviços ao invés de comprá-los, de acordo com o que os autores Albuquerque *et al.* (2011), Harrigan (2003), Besanko *et al.* (2012), Porter e Teisberg (2007) identificam como uma integração para frente, ou seja, ao invés de comprar determinado produto ou serviço a empresa decide fazer. Isso também é chamado de integração à jusante. Entre os anos de 2010 e 2011 o Unimed Fácil expande-se e passa a ter um grau maior de importância para a Cooperativa Médica.

O ano de 2012 foi o ano da consolidação da implantação do produto Unimed Fácil, tendo como marco a inauguração do seu novo Pronto Atendimento, totalmente verticalizado e administrado pela Cooperativa Médica. Essa concretização disponibilizou aos clientes um Pronto Atendimento com infraestrutura, instalações e equipamentos de alto nível, sendo o mais moderno do estado de Mato Grosso. Essa implantação atendeu à necessidade de reposicionamento da empresa no mercado, com o principal objetivo de blindar a Unimed Cuiabá contra a possibilidade de investidas de concorrentes externos atraídos pelo potencial cuiabano e mato-grossense. Na verdade o que a empresa fez foi transformar um possível problema em oportunidade de negócio.

Neste histórico, a opção por oferecer atendimento aos beneficiários em estrutura própria ou através de rede credenciada, ou até de forma mista é uma decisão da administração da operadora a quem cabe definir o que e de que forma os serviços serão oferecidos. A verticalização da prestação de serviços foi uma opção por um nicho de mercado, pois a operadora optou por uma forma mista de oferecer os seus serviços aos seus clientes.

Esta forma mista engloba a rede própria e a rede terceirizada. Segundo Salvalaio e Souza (2009), verticalização é "... o processo de integração das atividades de gerenciamento

de planos de saúde e prestação direta de serviços médicos em uma única unidade empresarial” (p. 145). Segundo os mesmos autores, no caso de serviços prestados pela rede credenciada, os custos são de conhecimento da operadora, ao passo que, os serviços oferecidos em rede própria têm um custo de mensuração mais complexo por ser oferecido dentro de estabelecimento próprio e com estrutura mantida pela própria operadora. Segundo Alves (2006), citado por Salvalaio e Souza (2009), o ganho da operadora está na possibilidade de monitorar com mais eficácia os atendimentos oferecidos pelo plano e no controle de custos, pois ela é detentora da logística dos serviços utilizados pelos beneficiários.

No caso da Unimed Cuiabá, a adoção de um sistema misto tem possibilitado comparativo de custo, além de um aprendizado que pode auxiliar a toda rede de prestadores na gestão de determinados serviços.

A seguir discutiremos os resultados financeiros, atendendo ao segundo objetivo da pesquisa, qual seja analisar os resultados financeiros da verticalização do produto Unimed Fácil Cuiabá.

4.2 Resultados financeiros

A análise dos dados financeiros, coletados por meio da documentação disponível, comparados os dados do Produto Unimed Fácil frente a toda a carteira da Unimed Cuiabá, mostra que a verticalização da operadora possibilitou aumento da lucratividade da empresa bem como a ampliação da carteira de clientes.

O atendimento em rede própria ou em rede credenciada é marcada por assimetrias pois, o que significa custo para as operadoras representa receita para a rede credenciada. Ou, nas palavras de Santacruz (2011), “neste caso, os agentes possuem incentivos opostos, o que leva a uma constante oposição de objetivos. Para a operadora, quanto menor for a utilização, maior o lucro. Para o prestador, quanto maior for a utilização, maior o lucro.” (p.13). E são essas assimetrias que vamos analisar.

A partir da análise verificou-se que os resultados financeiros apresentados pela Unimed Cuiabá no período em estudo são significativos quando se faz análise do produto Unimed Fácil, que é o produto verticalizado.

Os dados permitem dizer que a decisão de lançar o produto Unimed Fácil com uma forte verticalização contribuiu, de forma decisiva, para o sucesso da Cooperativa nos anos em análise. Não só a base da carteira de clientes cresceu como houve evolução em cinco grandes pontos:

- evolução da receita bruta do produto Unimed Fácil;
- evolução do número de clientes;
- evolução do lucro bruto;
- evolução do resultado líquido;
- comparativo de preços entre Unimed Cuiabá – Produto coparticipado e Unimed Fácil.

Os dados do Gráfico 4.1 e da Tabela 4.1 descrevem a evolução da Receita Bruta da operadora de saúde *versus* a Receita Bruta do produto Unimed Fácil. No período entre 2008 e 2014 existe um incremento real da operadora através do produto verticalizado Unimed Fácil. Sem este produto, a receita líquida da operadora não teria atingido os mesmos patamares que são apresentados. Pode verificar-se que o percentual de crescimento do produto Unimed Fácil foi de 14.342,00% no período e supera o percentual de crescimento da operadora que foi de 134,23% no período, o que demonstra o grau de penetração e a velocidade de aceitação deste produto junto à população da grande Cuiabá. Ainda que a base de cálculo seja diferente, pode-se afirmar que estes números contribuíram para a consolidação da receita bruta da empresa.

GRÁFICO 4.1 – Evolução da Receita Bruta



Fonte: Dados da pesquisa coletados junto à Controladoria da Unimed Cuiabá, subordinada à Superintendência Administrativo-Financeira da empresa.

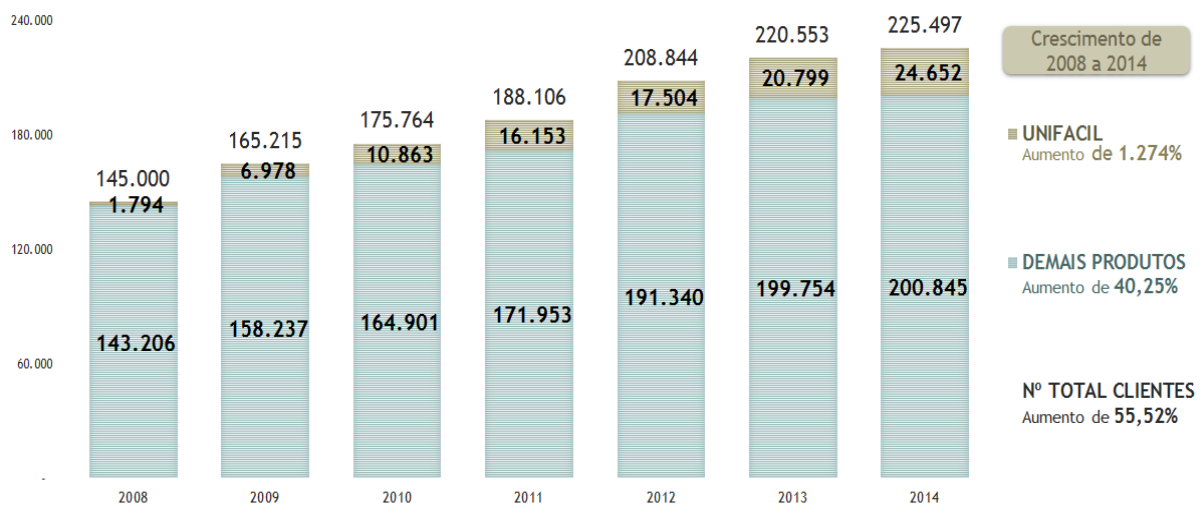
TABELA 4.1 - Evolução da Receita Bruta

Tabela de Dados em Valores e em %								
RECEITA FATURADA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	% A.H
OPERADORA	281.583.389	321.763.683	383.430.535	416.234.041	502.731.903	606.979.519	693.054.037	146,13
UNIFACIL	235.763	3.719.521	7.645.798	12.464.274	16.821.973	24.466.834	34.048.926	14.342,00
DEMAIS PRODUTOS	281.347.625	318.044.162	375.784.737	403.769.767	485.909.929	582.512.685	659.005.111	134,23
% em relação a Receita Bruta Total Faturada								
UNIFACIL	0,08%	1,16%	1,99%	2,99%	3,35%	4,03%	4,91%	
DEMAIS PRODUTOS	99,92%	98,84%	98,01%	97,01%	96,65%	95,97%	95,09%	

Fonte: Dados da pesquisa coletados junto à Controladoria da Unimed Cuiabá, subordinada à Superintendência Administrativo-Financeira da empresa.

Ressalte-se ainda o percentual da receita bruta total da operadora. Na Tabela 4.1 podemos ver que, em 2008, o Unimed Fácil representava 0,08% e, em 2014, ele passa a representar 4,91%, ou seja, quase 5% do total faturado pela empresa já é através do produto verticalizado, o que, em valores nominais, totaliza mais de 34 milhões de reais, mais precisamente, R\$ 34.048.000,00.

O Gráfico 4.2 e a Tabela 4.2 apresentam a evolução do número de clientes da Unimed Cuiabá em relação ao produto Unimed Fácil.

GRÁFICO 4.2 - Evolução do Nº de Clientes

Fonte: Dados da pesquisa coletados junto à Controladoria da Unimed Cuiabá, subordinada à Superintendência Administrativo-Financeira da empresa.

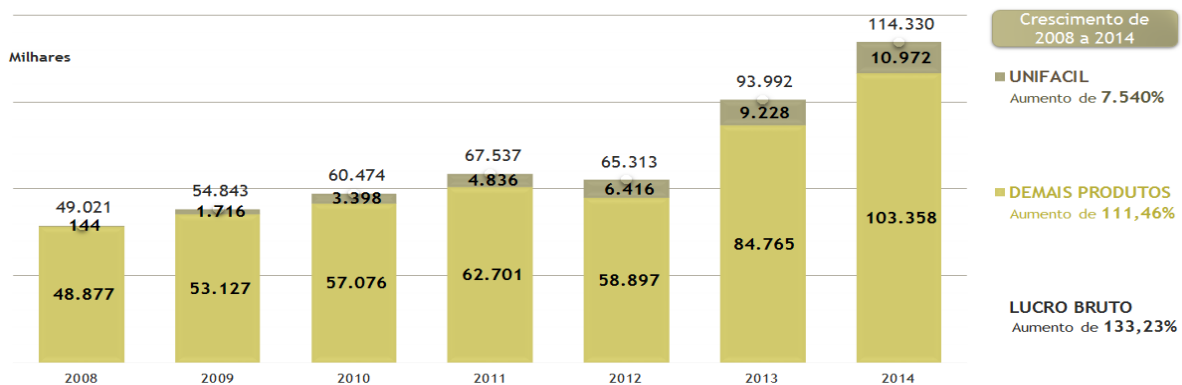
TABELA 4.2 - Evolução do N° dos Clientes

Tabela de Dados em Valores e em %								
N° DE CLIENTES	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	% A.H.
OPERADORA	145.000	165.215	175.764	188.106	208.844	220.553	225.497	55,52
UNIFACIL	1.794	6.978	10.863	16.153	17.504	20.799	24.652	1.274,14
DEMAIS PRODUTOS	143.206	158.237	164.901	171.953	191.340	199.754	200.845	40,25
% em relação ao Total n° de Clientes								
UNIFACIL	1,24%	4,22%	6,18%	8,59%	8,38%	9,43%	10,93%	
DEMAIS PRODUTOS	98,76%	95,78%	93,82%	91,41%	91,62%	90,57%	89,07%	

Fonte: Dados da pesquisa coletados junto à Controladoria da Unimed Cuiabá, subordinada à Superintendência Administrativo-Financeira da empresa.

Também é possível notar que, entre os anos de 2008 a 2014, o número de clientes do produto Unimed Fácil cresceu, substancialmente, o que possibilitou um melhor desempenho e um crescimento da carteira da operadora. O número de clientes do produto Unimed Fácil sai de 1.794 vidas para 24.652 vidas. Este fato representa um crescimento de 1.274% no período. Tendo em vista que os demais produtos da operadora, ao longo do período, cresceram 40,25%, pode-se afirmar que o crescimento do número de clientes da operadora é intensificado através do lançamento do Unimed Fácil. Desta forma observa-se que a Tabela 4.2 demonstra que 10,93% dos clientes de toda a operadora de saúde representam o Unimed Fácil, enquanto os demais produtos ficam em 89,07%, ou seja, existe aí uma acomodação do número de clientes ao longo destes anos em análise.

O Gráfico 4.3 e a Tabela 4.3 apresentam a evolução do lucro bruto da Cooperativa Médica em relação ao lucro bruto que o Unimed Fácil apresentou no período de 2008 a 2014.

GRÁFICO 4.3 - Evolução do Lucro Bruto

Fonte: Dados da pesquisa coletados junto à Controladoria da Unimed Cuiabá, subordinada à Superintendência Administrativo-Financeira da empresa.

TABELA 4.3 - Evolução do Lucro Bruto

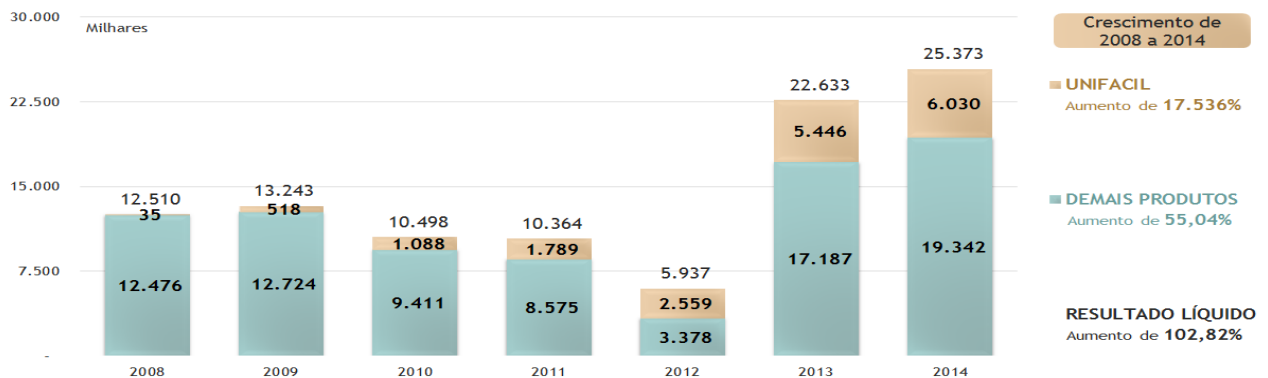
Tabela de Dados em Valores e em %								
LUCRO BRUTO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	% A.H
UNIFACIL	143.611	1.715.842	3.398.390	4.836.080	6.416.223	9.227.681	10.971.936	7.540,06
DEMAIS PRODUTOS	48.877.366	53.127.473	57.075.557	62.701.301	58.896.632	84.764.507	103.357.982	111,46
LUCRO BRUTO	49.020.977	54.843.314	60.473.947	67.537.381	65.312.855	93.992.187	114.329.918	133,23

% em relação ao Lucro Bruto Total								
UNIFACIL	0,29%	3,13%	5,62%	7,16%	9,82%	9,82%	9,60%	
DEMAIS PRODUTOS	99,71%	96,87%	94,38%	92,84%	90,18%	90,18%	90,40%	

Fonte: Dados da pesquisa coletados junto à Controladoria da Unimed Cuiabá, subordinada à Superintendência Administrativo-Financeira da empresa.

Pode-se constatar pelas tabelas apresentadas que uma parcela significativa do lucro bruto apresentado pela operação advém do produto verticalizado Unimed Fácil o que demonstra o grau de sua importância na produção do lucro bruto da operadora.

Pode-se analisar pelo Gráfico 3 que o lucro bruto da operadora em relação ao Unimed Fácil de 2008 a 2014, cresceu 7.540,06%, em relação ao crescimento de 111,46% nominal nos demais produtos. É importante salientar que, do total do lucro bruto da operadora, temos que 9,60% se origina do Unimed Fácil e todos os demais produtos, 90,40%, realizaram o restante do lucro bruto. Ou seja, no ano de 2014, o lucro bruto apresentado pelo Unimed Fácil foi de R\$ 10.971.000,00 contra R\$ 103.357,00 dos demais produtos. Isto demonstra que a decisão de verticalização do produto Unimed Fácil apresentou uma grande vantagem financeira para a operação.

GRÁFICO 4.4 – Tabela de dados em valores e %

Fonte: Dados da pesquisa coletados junto à Controladoria da Unimed Cuiabá, subordinada à Superintendência Administrativo-Financeira da empresa.

TABELA 4.4 – Evolução do resultado líquido

Tabela de Dados em Valores e em %								
UNIFACIL	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	% A.H
Receita Recebida	230.302	3.455.697	7.250.385	11.926.055	17.057.709	25.212.513	32.943.675	
Custo Realizado	86.691	1.739.855	3.851.995	7.089.976	10.641.486	15.984.832	21.971.739	
Despesas Fixas 15%	34.545	518.355	1.087.558	1.788.908	2.558.656	3.781.877	4.941.551	
RESULTADO UNIFACIL	109.065	1.197.487	2.310.832	3.047.171	3.857.566	5.445.804	6.030.385	
RESULTADO CONSOLIDADO UNIMED CUIABÁ								
UNIFACIL	34.545	518.355	1.087.558	1.788.908	2.558.656	5.445.804	6.030.385	17.356,46
DEMAIS PRODUTOS	12.475.680	12.724.308	9.410.502	8.575.098	3.377.943	17.187.362	19.342.487	55,04
RESULTADO LÍQUIDO	12.510.226	13.242.663	10.498.059	10.364.006	5.936.599	22.633.166	25.372.872	102,82
% em relação ao Lucro Bruto Total								
% LUCRO UNIFACIL	0,28%	3,91%	10,36%	17,26%	43,10%	24,06%	23,77%	
% DEMAIS PRODUTOS	99,72%	96,09%	89,64%	82,74%	56,90%	75,94%	76,23%	

Fonte: Dados da pesquisa coletados junto à Controladoria da Unimed Cuiabá, subordinada à Superintendência Administrativo-Financeira da empresa.

A evolução do resultado líquido é apresentada no Gráfico 4.4 e na Tabela 4.4 onde é possível verificar que a evolução do resultado apresenta um impacto significativo entre o resultado da operadora de saúde Unimed Cuiabá como um todo e o do Unimed Fácil, demonstrando a importância do produto Unimed Fácil, no período em análise, para a manutenção do resultado financeiro da Cooperativa Médica. Com este dado podemos afirmar que a decisão de verticalização beneficiou, financeiramente, o desempenho da operadora e, consequentemente, a todos os seus cooperados, que são seus sócios. Isto é comprovado no Gráfico 4.4, na evolução do resultado líquido, onde se pode observar que o Unimed Fácil teve um aumento, no período, de 17.000% enquanto os demais produtos tiveram aumento de 55,4%. No entanto, a análise única e exclusiva do percentual pode levar a uma falsa interpretação. O que é mais significativo é que o grau de maturidade nos anos de 2013 e 2014 pode ser verificado, quando a proporcionalidade do resultado do Unimed Fácil chega a patamares de 24% e 23%, respectivamente. Através destes dados fica nítido que, embora não haja uma participação tão grande entre números de clientes e receita do Unimed Fácil, do ponto de vista de contribuição, este produto é muito mais rentável do ponto de vista financeiro para a operadora de saúde.

TABELA 4.5 – Comparativo percentual de preços entre Unimed Cuiabá – Produto coparticipado *versus* Unimed Fácil.

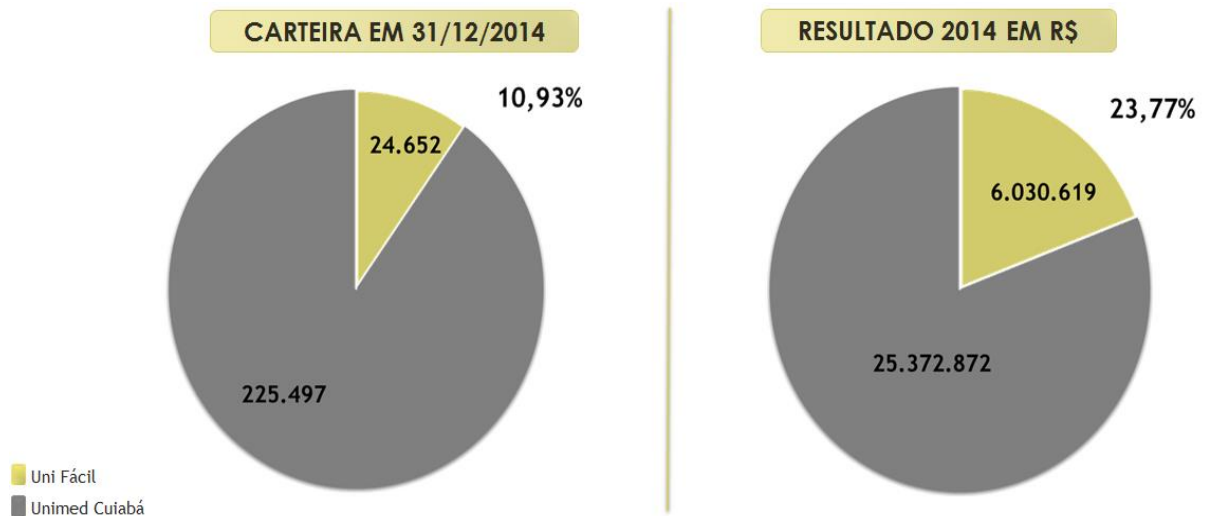
FAIXA ETÁRIA	UNIMED FÁCIL	UNIMED PREMIUM (A)	VARIÇÃO R\$	VARIÇÃO %
0-18	R\$ 121,90	R\$ 258,25	-R\$ 136,35	111,85%
19-23	R\$ 138,61	R\$ 293,62	-R\$ 155,01	111,83%
24-28	R\$ 159,71	R\$ 338,38	-R\$ 178,67	111,87%
29-33	R\$ 215,50	R\$ 456,37	-R\$ 240,87	111,77%
34-38	R\$ 242,43	R\$ 513,37	-R\$ 270,94	111,76%
39-43	R\$ 264,18	R\$ 559,58	-R\$ 295,40	111,82%
44-48	R\$ 302,98	R\$ 641,37	-R\$ 338,39	111,69%
49-53	R\$ 324,03	R\$ 683,96	-R\$ 359,93	111,08%
54-58	R\$ 450,79	R\$ 952,68	-R\$ 501,89	111,34%
59 acima	R\$ 671,68	R\$ 1.418,51	-R\$ 746,83	111,19%

Fonte: Dados da pesquisa coletados junto à Controladoria da Unimed Cuiabá, subordinada à Superintendência Administrativo-Financeira da empresa.

A Tabela 4.5 apresenta um comparativo de preços entre o principal produto do Unimed Cuiabá, chamado Unimed Coparticipação *versus* o produto verticalizado, chamado Unimed Fácil. É possível verificar pelo comparativo de preços que o produto Unimed Fácil apresenta uma média de preços inferior ao produto Unimed Coparticipação que é o carro-chefe da empresa. Deve-se isto à decisão de verticalizar que possibilitou um controle mais efetivo da gestão de saúde, ou seja, a implantação do modelo *gatekeeper*; no caso em estudo, modelo no qual o cliente é atendido, inicialmente, por um médico generalista para, posteriormente, ser encaminhado a um especialista. Este modelo, implementado no produto Unimed Fácil, bem como a decisão de não abrir a rede para uma série de prestadores que autogeram vários exames complementares, possibilitou um atendimento a um custo muito inferior.

Através da análise dos dados aqui apresentados, extraídos de relatórios e balanços, foi possível detectar a importância do ponto de vista de resultados para a operadora, consequência da decisão de verticalizar determinado produto. Isso pode ser demonstrado no Gráfico 4.5 que representa o ano de 2014.

GRÁFICO 4.5 - Comparativo % Unimed Fácil X Unimed Cuiabá



Fonte: Dados da pesquisa coletados junto à Controladoria da Unimed Cuiabá, subordinada à Superintendência Administrativo-Financeira da empresa.

Os dados da pesquisa permitem concluir que a decisão de verticalizar com objetivos claros, evitando desperdício nos custos em saúde, traz resultado. A razão para esse resultado é que a verticalização evita uma demanda artificial de procedimentos muitas vezes adotados pela rede prestadora de serviços em conjunto com determinados serviços médicos e este desperdício acaba por encarecer os produtos, tornando-os, assim, mais caros, bem como inacessíveis a grande parte da população. Ou seja, a grande contribuição que podemos extrair do Unimed Fácil é que é possível fazer saúde de qualidade a um menor custo. Basta, para isto, que os mecanismos de gestão sejam bem aplicados, assim como se proceda a uma adequada formatação dos produtos. Desta maneira, toda uma população será beneficiada e, ao mesmo tempo, a rentabilidade das operadoras será elevada.

Ainda complementando os aspectos em questão, fazendo uma análise da Tabela 5, é importante salientar que, mesmo com um menor preço, é possível obter um melhor resultado através da gestão do nível de qualidade de atendimento ao cliente. Atente-se a que, a diferença de preço do Unimed Fácil para um produto Coparticipado, é extremamente grande e faz com que tenhamos aí, muitas vezes, um resultado maior a um menor preço. E este é o grande diferencial, que contribuiu para o sucesso do produto Unimed Fácil da Unimed Cuiabá.

4.3 Vantagens econômicas

Essa seção tem como propósito atender ao objetivo específico de número três, isto é, analisar as vantagens da economia de escopo, da economia de integração e da racionalização dos recursos, presentes no processo de verticalização do produto Unimed Fácil Cuiabá.

A análise documental realizada pelo pesquisador, resultados das entrevistas, bem como o uso de informações advindas da observação participante descrevem vários aspectos relacionados às vantagens econômicas resultantes do processo de verticalização e das mudanças implementadas.

As vantagens econômicas da verticalização são percebidas de uma forma indireta pela qualidade dos serviços que hoje são prestados ao cliente Unimed Cuiabá. Para a opção pela verticalização, a Unimed Cuiabá considerou e analisou este processo, destacando entre os principais motivadores as diversas vantagens que a verticalização oferece, dentre eles as vantagens econômicas. É possível identificar o benefício resultante da utilização de unidade própria de atendimento pela operadora ao invés de realizar o reembolso à rede de serviços terceirizados.

Segundo Salvalaio e Souza (2009), as vantagens econômicas da verticalização estão, dentre outros aspectos, na capacidade de monitoramento dos atendimentos ao cliente, no controle de custos, o que representa receita para a operadora. A verticalização, além da vantagem econômica à operadora, também oferece ao cliente vantagens econômicas, percebidas através da oferta de atendimento e saúde de qualidade por um valor mais acessível. Estes aspectos são observáveis através dos pontos a seguir detalhados, quais sejam a economia de escopo, a economia de integração e a racionalização de recursos.

- a) Economia de Escopo - Dentre as vantagens econômicas, a primeira que podemos citar é a Economia de Escopo. Quando se analisa o produto Unimed Fácil pode-se dizer que hoje a operação de atendimento aos clientes da operadora de saúde é mais homogênea e, ao mesmo tempo, especializada, pois a operadora consegue dominar toda a cadeia produtiva do produto verticalizado. Isso também se dá no treinamento de pessoal, aquisição de materiais e medicamentos, política de *call center* entre outras áreas de gestão que envolvem a operação do produto Unimed Fácil e operadora.
- b) Economia de Integração - Sobre Economia de Integração, observa-se que o comportamento oportunista e a demanda artificial gerada por uma rede aberta hoje não existem dentro dos custos de transação da Unimed Cuiabá. A verticalização possibilitou uma diminuição do oportunismo da rede credenciada, uma vez que, com a

verticalização, a gestão desta rede é própria e dentro de um ambiente único, o que facilita com que os custos tenham um controle muito mais eficiente. Este controle de custos se dá através de uma centralização da gestão, ou seja, a administração do Pronto Atendimento e do produto é integrada. Existe uma sinergia na gestão do produto e, ao mesmo tempo, do Pronto Atendimento com todos os ambulatórios com seus mais de 5.000 m² de área.

- c) Racionalização de Recursos - O terceiro ponto a abordar é a Racionalização de Recursos. A verticalização possibilitou a racionalização de recursos tendo em vista que inúmeros processos foram repensados, remodelados, principalmente, despesas como distribuição, despesas com deslocamento, com *links* de sistemas para os prestadores. Como a verticalização se dá em um único centro que é gerido de forma única, ela possibilitou uma racionalização de recursos, ou seja, existe aí uma vantagem produzida pela verticalização.

4.4 Vantagens competitivas

Nessa seção, procuramos atender ao quarto objetivo específico da pesquisa, ou seja, analisar as vantagens competitivas da decisão de verticalização do produto Unimed Fácil Cuiabá, à luz das cinco forças de Porter (1989).

- a) Criação de Barreiras de Entrada - O primeiro item, tido como o grande ponto da verticalização e pelo qual a Cooperativa buscou verticalizar este produto Unimed Fácil, foi criar uma barreira de entrada para novos competidores porque, ao longo do tempo o preço dos seus produtos cresceu muito e a Cooperativa sabia que, se um novo *player* entrasse no mercado de Cuiabá com um produto verticalizado a um custo menor, ela teria uma perda muito grande de *market share*. Vale dizer que esse mercado é muito sensível a preço. Então se buscou uma barreira de entrada de novos competidores através da verticalização com o produto Unimed Fácil.
- b) Produção de Serviços - O segundo ponto a ser destacado é que a Cooperativa procurou produzir os seus serviços, ou seja, a verticalização possibilitou que o cliente tivesse um atendimento diferenciado uma vez que ela não mais comprava o serviço; ela o produzia. Isso também gerou *know-how* específico de um sistema de atendimento. Pode-se destacar na questão do *know-how* que o primeiro Pronto Atendimento da cidade de Cuiabá, que aplicou o Protocolo de Manchester, foi o Pronto Atendimento da Unimed Cuiabá, o que gerou um ganho substancial para o cliente e, ao mesmo

tempo, um fator diferenciador no atendimento, que tende a inibir a propensão do cliente na busca de serviços de saúde substitutos.

- c) Sistema de Menor Preço - Outra vantagem competitiva da verticalização foi que, com um sistema de preço menor, a Cooperativa pôde atuar no mercado Classe C, no qual não atuava até então, aproveitando-se do seu crescimento significativo no Brasil no período de 2008 a 2014. Ou seja, a Unimed foi capaz de oferecer um produto pronto para atender uma necessidade do mercado: atendimento e saúde de qualidade.
- d) Tendências de Consumo - Também com a verticalização a Cooperativa pôde conhecer com mais profundidade as tendências de consumo que o cliente buscava. Então, a percepção das necessidades do cliente foi maior, uma vez que ela passa a interagir diretamente, é o agente direto de atendimento ao cliente. Todos estes pontos aumentaram o conhecimento dos compradores do produto ou serviço verticalizado da Unimed Cuiabá. No modelo anterior, a Cooperativa era, especificamente, uma terceirizada que buscava o cliente no mercado e repassava este cliente para o atendimento por um terceiro. Hoje este quadro é diferente: a Unimed busca este cliente no mercado e realiza, ela mesma, o atendimento.
- e) Locação de Recursos - Outra vantagem competitiva da verticalização é que o controle sobre a locação de recursos foi muito maior porque a gestão da aplicação dos recursos deu-se diretamente pela empresa e não através de terceirizados. Também é um importante aspecto, altamente competitivo, a questão do treinamento de todo o corpo técnico visando um melhor índice, um nível ótimo de atendimento ao cliente. Isto demonstra que a verticalização possibilitou o aumento de *know-how* cooperativo, possibilitou a implantação de técnicas modernas de atendimento ao cliente, visando buscar maior satisfação no atendimento e na percepção do cliente sobre o produto.
- f) Inclusão de novas ferramentas - Também vale destacar que, ferramentas antes não consideradas muito importantes, passaram a ter um papel fundamental, como por exemplo, agendamento de consultas via *call center* e sistema de marcações eletrônicas, permitindo que o cliente tivesse um atendimento exclusivo, mesmo num produto de baixo custo. Essa qualidade no atendimento pode ser uma barreira aos produtos concorrentes. Esse *know-how* específico aumentou o poder de negociação da cooperativa sobre seus fornecedores o que auxilia a melhorar a qualidade do serviço associado à redução de custos e, conseqüentemente, uma redução de preço.

4.5 Riscos e dificuldades

Essa seção atende ao último objetivo específico da pesquisa: identificar os riscos e dificuldades da verticalização do produto Unimed Fácil Cuiabá.

4.5.1 Riscos

A implantação da verticalização na Unimed Cuiabá apresentou diversos riscos. Destaquem-se:

- a) Custo de Investimentos - Um dos principais riscos que a operadora correu ao fazer a verticalização foi todo o custo de investimentos num prédio próprio, estrutura própria e, principalmente, o risco de aceitação deste novo produto porque é um modelo que, culturalmente, alterou profundamente o sistema de produto que era apresentado ao cliente. O risco do investimento foi minimizado através de um detalhado plano de negócios. Assim, a Unimed realizou um estudo minucioso da possibilidade do *pay-back* deste investimento em, no máximo, cinco anos. Este estudo encontra-se detalhado no Apêndice A - *Pay-back* descontado do investimento. Através do apêndice verifica-se que, após o lançamento do produto, já com a estrutura toda verticalizada, os diretores observaram que o *pay-back* seria alcançado num tempo muito menor do que os 4,5 anos (quatro anos e meio) previstos e isto veio a se consolidar ao longo do tempo. O investimento feito foi importante também quando visto por outro ângulo, o de lastro financeiro, porque ele serve como garantia para a Agência Nacional de Saúde (ANS) uma vez a legislação possibilita que o investimento em imobilização num pronto atendimento ou hospital sirva como reserva técnica da operadora ou lastro, melhorando, assim, os índices financeiros da operadora segundo critérios estabelecidos em resoluções da ANS.
- b) Risco cultural - Quanto ao risco cultural do produto, as campanhas de *marketing* e promocionais que foram desenvolvidas ao longo do tempo firmaram um conceito no qual o produto Unimed Fácil era um produto muito mais acessível com uma qualidade superior e isso fez com que houvesse aceitação do produto, uma vez que o mercado é sensível a preço.
- c) Migração de Produtos - Também existia uma preocupação, outro risco, o da migração dos produtos das carteiras mais antigas para dentro deste novo produto, o Unimed Fácil. Isto foi minimizado através da segmentação da rede hospitalar o que

possibilitou o *market share* estabelecido pela empresa, ou seja, os hospitais foram classificados por grau de complexidade e por sua hotelaria. Na rede do produto Unimed Fácil, optou-se por uma hotelaria inferior, focada no atendimento em enfermaria.

4.5.2 Dificuldades

Outro ponto a ser destacado são as dificuldades encontradas nesta proposta de verticalização, principalmente nos seguintes aspectos:

- a) Quadro médico - Nas entrevistas com Presidentes, Superintendentes e Diretores de todas as áreas da empresa foi possível destacar que a principal dificuldade inicial foi a aceitação dos médicos quanto ao produto Unimed Fácil. Os médicos consideravam que, atender no Unimed Fácil, não dava prestígio e a classe estava sendo desvalorizada neste novo produto. A diretoria executiva foi duramente criticada por alguns grupos de interesse. Diante desta realidade foi realizada, não somente uma conscientização muito ampla com todos os médicos cooperados, como também foi reestruturado o sistema de remuneração destes médicos dentro da Cooperativa. Isto foi feito de forma diferenciada, fazendo com que o corpo médico se sentisse valorizado e motivado a atender o cliente do Unimed Fácil. Isso possibilitou maior grau de satisfação do cliente, uma vez que existe um comprometimento do corpo clínico na gestão do produto.
- b) Rede de prestadores de serviços – Esta rede de colaboradores criou grandes dificuldades para a implantação do Unimed Fácil pois, como premissa do produto, os exames complementares eram realizados de forma verticalizada. O médico seria bem remunerado pelo ato médico. Surgiu dali um grande ponto de conflito e de dificuldade, sendo a diretoria executiva ameaçada, por inúmeros prestadores. Entretanto, um trabalho de conscientização mostrou que se estava atuando em um nicho específico de mercado e que isso não interferiria no desenvolvimento de nenhum prestador. Também foi usada a força de negociação da empresa para diminuir a pressão da rede prestadora sobre a Cooperativa.
- c) Desenvolvimento de *know-how* próprio - Outra dificuldade enfrentada foi a de desenvolver *know-how* próprio de atendimento ao cliente. Para uma operadora que somente comprava serviços de saúde por mais de trinta anos, também foi uma grande dificuldade e um risco a ser enfrentado. Entretanto, esta dificuldade foi minimizada

com a implantação de técnicas modernas de atendimento; destaque-se aí a implantação do Protocolo de Manchester para a classificação de risco do cliente na sua admissão ao Pronto Atendimento. A Unimed foi a primeira empresa a implantar este serviço no estado de Mato Grosso, inovando seu atendimento com o uso do Protocolo de Manchester. Essa implantação melhorou a qualidade de atendimento em outros estabelecimentos de saúde do estado de Mato Grosso. Além disso, foram feitos treinamentos diários de todos os médicos e colaboradores do corpo clínico, aliado a uma forte definição de POP's (Procedimentos Operacionais Padrão) em todas as áreas do Pronto Atendimento e todas as áreas ligadas ao atendimento ao cliente. Destaque-se aí o trabalho realizado na gestão da Farmácia Interna do PA. À época da pesquisa, todo o medicamento era classificado, embalado e saía com código de barras para o cliente. Da mesma forma, a identificação do cliente na entrada seguida de padrões rígidos, com uso de código de barras com pulseira eletrônica. Isso resultou em uma maior aceitação por parte do cliente e uma visualização de um novo nível de serviço implantado para a comunidade.

Os resultados da experiência de verticalização apresentados nesta pesquisa comprovam o que afirmam Albuquerque *et al.* (2011) ao destacarem que, dentre os benefícios da verticalização estão o “controle dos custos de produção e garantia ou melhoria da qualidade dos serviços prestados ...” (p. 47). O ponto primordial disto é o grau de satisfação de atendimento do cliente que pode ser visualizado pelo número de clientes que a operadora conquistou com este produto no decorrer dos anos de 2008 a 2014, período de realização deste estudo. Saliente-se que, nenhum produto se mantém, durante mais de sete anos, em franco crescimento, se não tiver um apelo e, ao mesmo tempo, uma boa aceitação da clientela.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diferentes arranjos produtivos têm sido feitos na economia, na tentativa de melhorar a cadeia produtiva de bens e serviços, fazendo com que as empresas operem de forma a obter melhores resultados. Neste contexto, a integração vertical é uma das formas de se obter resultados mais compensadores. A verticalização na saúde é o foco deste estudo.

A presente pesquisa possibilitou, de modo geral, a identificação da grande importância que o produto Unimed Fácil tem hoje para a Cooperativa Unimed Cuiabá. Através da análise de balanços e relatórios disponibilizados pela Unimed, foi possível detectar a importância do ponto de vista de resultados para a operadora, ao verticalizar determinado produto.

A realidade econômico-financeira para a operadora de saúde é demonstrada através dos seus resultados e através da publicação dos seus balanços, tendo em vista que, mais de 23% do resultado líquido da operadora decorre do produto Unimed Fácil. Entretanto, sobre a Unimed Cuiabá, outros pontos importantes devem ser destacados para que possamos fazer uma análise do que aconteceu com a decisão de verticalização, tais como: hoje a operadora detém uma metodologia, um *know-how* de atendimento ao cliente, desenvolvido ao longo do tempo, ao invés de única e exclusivamente comprar serviços de terceiros. Também é possível dizer que a operadora tem hoje funcionários treinados, bons Procedimentos Operacionais Padrão (POP's), dentre outras técnicas de gestão que foram incorporadas com o advento da verticalização.

Portanto, além dos resultados financeiros, é possível ver que o Unimed Fácil também contribuiu para o aumento da carteira de clientes da operadora. Mesmo os profissionais da área da medicina, os médicos cooperados, que são os sócios-proprietários da Cooperativa Unimed, hoje se beneficiam, em larga escala, da decisão de verticalização que foi tomada em 2008. Neste sentido, vale dizer que o Pronto Atendimento do Unimed Fácil emprega, atualmente, mais de 240 médicos cooperados de um total de 1200. Ou seja, um produto com, aproximadamente 5% da carteira de clientes da empresa, consegue, ao longo do tempo, empregar mais de 240 médicos cooperados.

Observa-se, igualmente, que foi possível, no desenvolvimento da presente pesquisa, identificar e demonstrar o objetivo geral do presente estudo, que era o de compreender as vantagens econômicas, financeiras, competitivas, bem como as dificuldades do processo de verticalização na Cooperativa Médica em relação ao produto Unimed Fácil no período de 2008 a 2014. Estas análises foram amplamente discutidas e debatidas, sendo possível

apresentar, com muita clareza no presente trabalho, este objetivo geral. Da mesma forma, seus objetivos específicos foram alcançados e as respostas aos seus questionamentos contribuem, largamente, para que o sistema Unimed no Brasil, como um todo, possa evoluir como uma operadora de saúde mais verticalizada e que possa entregar à população, produtos de menor preço e, ao mesmo tempo, com maior qualidade.

Os dados da pesquisa oferecem argumentos em favor de uma proposta para mudar a lógica da eficiência do serviço de saúde prestado no Brasil. A pesquisa mostra que o sistema Unimed consegue inverter este quadro, criando uma segmentação adequada, onde se preserve o investimento privado, bem como a livre iniciativa, mas que também, dentro do seu *mix*, dentro da sua carteira, haja espaço para a verticalização, principalmente para que se construam produtos de baixo custo e, ao mesmo tempo, seja possível entregar produtos para uma classe de renda menor. Isto fará com que o sistema tenha maior longevidade, possa trabalhar com muita clareza as cinco forças de Porter, o que fará com que a sua sobrevivência, a médio e longo prazo, seja maior, superando as barreiras de entrada e evitando produtos substitutos. O sistema Unimed no Brasil ainda precisa melhorar estes aspectos e padronizar os seus produtos de forma que haja um espaço crescente para a verticalização dos seus produtos e serviços.

Por fim, a estratégia de verticalizar foi essencial para o sucesso e a longevidade da Unimed Cuiabá, num mercado tão complexo e que exige cada vez mais dos seus *players*. Neste contexto, integração vertical é a decisão de a empresa Unimed Cuiabá agregar diversas etapas de sua cadeia de produção, aumentando o número de produtos para uso próprio.

A verticalização na área da saúde é relevante, não só para o cliente que paga por seus serviços de saúde, mas também para o próprio sócio-proprietário de uma operadora de saúde que tem, na sua força de trabalho, um dos grandes fatores de sucesso no desempenho da operadora de saúde.

Como recomendação final desta pesquisa, um aspecto que merece ser explorado em outros estudos é de que forma a Tecnologia e os Sistemas de Informação poderão auxiliar, facilitar ou até mesmo baratear os serviços de saúde prestados aos clientes de todo o Brasil. Da mesma forma, a Tecnologia da Informação pode ser usada a serviço da inovação na área da saúde bem como em sistemas de auditoria em saúde.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, G. M., Fleury, M. T. L., & Fleury, A. L. (2011). Integração vertical nas operadoras de assistência médica privada: um estudo exploratório na região de São Paulo. São Paulo: FGV-EAESP. *Produção*, 21(1), 39-52.
- Balakrishnan, S. & Wernerfelt. (1986). Technical change, competition and vertical integration. *Strategic Management Journal*. 7(4), 347.
- Besanko, D., Dranove, D., Shanley, M., & Schaefer, S. (2012). *A Economia da Estratégia*. (5. ed.) Porto Alegre: Bookman.
- Brasil. Decreto 22.239/1932 – de 19 de dezembro de 1932 – DOU de 23 de dezembro de 1932 - *Reforma as disposições do Decreto Legislativo nº 1.637/1907 de 5 de janeiro de 1907, na parte referente às sociedades cooperativas*. <http://www2.camara.leg.br> . Acesso em 14 de junho de 2014.
- _____. Decreto 60.597/1967 – de 19 de abril de 1967 – DOU de 24 abril de 1967 – *Regulamenta o Decreto-Lei nº 59/1966* - <http://www2.camara.leg.br>. Acesso em 14 de junho de 2014.
- _____. Decreto-Lei 59/1966 - de 21 de novembro de 1966 - *Define a política nacional de cooperativismo, cria o Conselho Nacional do Cooperativismo*. <http://www.ocb.org.br> . Acesso em 18 de junho de 2014.
- _____. Lei Nacional nº 10.185/2001 – de 12 de fevereiro de 2001 – DOU de 14 de fevereiro de 2001 - *Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde* - <http://www.planalto.gov.br> . Acesso em 17 de junho de 2014.
- _____. (1998). *Regulamentação dos planos de saúde*. Legislação Republicana Brasileira. Brasília, DF. Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao> . Acesso em 11 de junho de 2014.
- _____. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (2005). *Informações sobre beneficiários, operadoras e planos, dados do setor*. Disponível em: www.ans.gov.br Acesso em 12 de agosto de 2014.
- _____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Relatório de Atividades 2013*. Disponível em <http://www.ans.gov.br> . Acesso em 18 de junho de 2014.
- _____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Relatório de Atividades 2014*. Disponível em <http://www.ans.gov.br> . Acesso 10 de agosto de 2014.
- Brasil. Lei Nacional nº 5764/1971 – de 16 de dezembro de 1971 – DOU de 16 de dezembro de 1971 - *Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas*. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/> . Acesso 09 de agosto de 2014

_____. Lei Nacional nº 9656/1998 - de 3 de junho de 1998 - DOU de 04 de junho de 1998 - *Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde*. <http://www010.dataprev.gov.br/sislex> . Acesso em 08 de agosto de 2014.

_____. Lei Nacional nº 9961/2000 de 28 de janeiro de 2000 – DOU de 29 de janeiro de 2000 - *Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)* <http://unmp.org.br> . Acesso em 10 de agosto de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Brasília – DF. *Resolução Normativa n. 27, de 3 de abril de 2003*. (2003). *Revisão do plano de contas da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao> . Acesso em 13 de junho de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Sobre o SUS. *Ministério da Saúde*. Brasília, 2009. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br> . Acesso em 10 de junho de 2014.

Castanheira, F.; Serio, L. C. di.; Moura, G. L. de. & Martins, G. S. (2011). Verticalização e competitividade na cadeia de suprimentos do setor de aparelhos celulares no Brasil: um estudo comparativo entre Motorola e Gradiente. *Revista Eletrônica de Ciência Administrativa (RECADM)*. 10(1), 16-31.

Cata Preta, H. L. N. (2004). *Gerenciamento de Operadoras de Planos Privados de Assistência à saúde: Atendimento aos usuários, controle dos custos operacionais e efetividade e qualidade dos serviços*. Funenseg.

Coase, R. (1937) The Nature of the Firm. *Econômica, New Series*. London, 4(16), pp. 386-405.

Duarte, E. J. A. (2003). *As operadoras de planos privados de assistência à saúde no marco do novo modelo de regulação*. Rio de Janeiro: Arca - Fiocruz.

Eisenhardt, K. (1985). Control: organizational and economic approaches. *Management Journal*. 31(2), 134.

Funaro, V. M. B. (Org.). (2009). *Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso: Parte II (APA)*. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Sistema Integrado de Bibliotecas da USP.

Grossman, S. J.; Hart, O. D. (1986). The costs and benefits of ownership: a theory of vertical and lateral integration. *The Journal of Political Economy*. 94(4), 691.

Harrigan, K. (2003). *Vertical integration, outsourcing and corporate strategy*. Washington D.C.: Beard Books.

Joskow, P. (1985). Vertical integration and long-term contracts: the caso of coal burning electric generation plants. *Journal of Law, Economics Organization*. V. 33, n. 1.

Klein, B.; Crawford, R.; Alchian, A. (1978). Vertical integration, appropriable rents, and the competitive contracting process. *Journal of Law, Economics and Organization*. 21, 297.

- Lahóz, A. (2014). Maiores e melhores: as 100 maiores empresas do Brasil. *Exame*, pp. 381, 604. (Volume, Número, Editora Abril)
- Lakatos, E. M. e Marconi, M. A. (1991). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas.
- Mahoney, J. (1992). The choice of organizational form: vertical financial ownership versus other methods of vertical integration. *Strategic Management Journal*. 13(8), 559.
- Mari, J. (2014). As melhores empresas para você trabalhar. *Você S/A*. São Paulo: Abril, 278.
- Mobus, S. (2012). *Verticalização e Terceirização das Atividades Logísticas*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Mpoyi, R. (2003). Vertical integration: strategical characteristics and competitive implications. *Competitiveness Review*. 13(1), 44.
- Piccoli, P. G. R., Guimarães, C. B., & Tortato, U. (2011) A influência da verticalização no desempenho e no valor das empresas: evidências no mercado brasileiro. *Revista Negócios*. 16, 76-90.
- Porter, M. E. (1989). *Vantagem Competitiva: criando e sustentando um desempenho superior*. Rio de Janeiro: Campus.
- Porter, M. E.; & Teisberg, E. O. (2007). *Repensando a saúde. Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos*. Porto Alegre: Bookman.
- Regras essenciais de estilo da APA / American Psychological Association*. (2012); tradução: D. Bueno; revisão técnica: M. L. T. Nunes. 6. ed. Porto Alegre: Penso.
- Relatório de Indicadores Globais de 2004 da Organização Mundial de Saúde <http://www.who.int/> Acesso em 19 de agosto de 2014.
- Salvalaio, D. & Souza, M. A. de. (2009). Custos na rede própria de operadora gaúcha de planos de saúde. *Revista de Contabilidade e Organizações*. (RCA). 3(5), 142-169.
- Santacruz, R. (2011). *Verticalização do mercado brasileiro de saúde suplementar*. Texto para discussão n. 282. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense.
- Unimed Federação Rio (2013). A Força do Sistema Unimed e o Mercado de Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.unimed.coop.br> . Acesso em 13 de junho de 2014.
- Williamson, O. E., & Winter, S. G. (1993). *The nature of the firm: origins, evolution, and development*. New York: Oxford University Press.
- Williamson, O. E. (1979). *Transaction Costs Economics: The Governance of Contractual Relations*. *Journal of Law and Economics*. (Vol. 22, nº 1, p. 233.)
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Apêndice A – *Pay-back* descontado do investimento em aproximadamente 4,5 anos (4 anos e meio).

Plano de Viabilidade

Resumo:

DESCRIÇÃO	TOTAL PROJETADO				
	2012	2013	2014	2015	2016
(=) RECEITA LÍQUIDA	14.239.657	21.359.485	28.479.314	35.599.142	35.599.142
(-) CUSTOS VARIÁVEIS = 70%	9.967.760	14.951.640	19.935.520	24.919.400	24.919.400
(=) RESULTADO OPERAC. BRUTO	4.271.897	6.407.846	8.543.794	10.679.743	10.679.743
(-) CUSTO FIXO	3.221.159	3.698.588	4.335.762	5.114.498	5.114.498
(=) RESULTADO LIQ. EXERCÍCIO	1.050.738	2.709.258	4.208.032	5.565.245	5.565.245
RESULTADO ACUMULADO	1.050.738	3.759.995	7.968.028	13.533.273	19.098.517

Pay Back descontado do investimento em aproximadamente 4,5 anos.

20

Fonte: Elaborado pelo pesquisador.

Apêndice B – Questões das Entrevistas. (Elaboradas pelo pesquisador)

Foram realizadas doze entrevistas não estruturadas com Presidentes, Superintendentes e Diretores de todas as áreas da empresa. Estas entrevistas foram conduzidas de forma que, cada um dos aspectos abordados explorasse da forma mais ampla possível a questão em estudo. São perguntas abertas e foram respondidas dentro de uma conversação informal e as informações resultantes foram analisadas na pesquisa.

1. Como foi criado o Produto Unimed Fácil? E por quê?
2. O que pode comprometer o sucesso do modelo de verticalização?