

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA

O mercado de planos de saúde do Brasil nos anos 2000 e os dilemas do cooperativismo médico

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Economia Política e Análise Institucional da Saúde.

Orientadora: Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi

Rio de Janeiro, agosto de 2009.

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Denise Alves Baptista

O mercado de planos de saúde do Brasil e os dilemas do cooperativismo médico

Dissertação submetida à Comissão Examinadora composta pelo corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro e por professores convidados de outras instituições, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Aprovada em 28/08/2009:

Prof^ª Dra. Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi, IESC/UFRJ

Prof^ª Dra. Diana Maul de Carvalho, IESC/UFRJ

Prof^º Dr. Bernardo Sicsú Siqueira, UCAM

B222m Baptista, Denise Alves.
 O mercado de planos de saúde do Brasil e os dilemas do cooperativismo
 médico. - Rio de Janeiro: UFRJ/Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, 2009.
 176 f.: il.; 30cm.

 Orientadora: Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi.
 Dissertação (Mestrado)- UFRJ/Instituto de Estudos em Saúde Coletiva,
2009.

 Referências: f. 134-142.

 1. Seguro saúde - Regulamentação. 2. Saúde suplementar - Tendências.
 3. Mercado de assistência à saúde – Rio de Janeiro. I. Andreazzi, Maria de
 Fátima Siliansky de. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro,
 Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. III. Título.

CDD 368.3

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, pela iluminação e suporte recebidos. Agradeço especialmente ao meu marido, André, pela paciência com que tolerou estes momentos atribulados, sustentando nosso amor. Agradeço à Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi pela confiança depositada em mim e pela orientação técnica dispensada com amorosidade; ao Prof. Dr. Carlos Octávio Ocké-Reis, agradeço pela orientação em teoria econômica e pela relevante inspiração motivacional. Sou grata também ao Sr. Fábio Fonseca, Gerente Geral de Acompanhamento das Operadoras e Mercado (ANS), pela pronta receptividade ao pedido de orientação contábil aplicável ao tema, bem como à Unimed-Rio, por autorizar o pré-projeto desta dissertação sem qualquer restrição, garantindo-me a liberdade de expressão e tranquilidade para execução. Ao economista Rodrigo Freitas e ao tecnólogo Paulo Aparício dos Santos, agradeço por todo apoio na construção das planilhas que formaram o banco de dados deste estudo e, finalmente, agradeço a todos os amigos que torceram por mim ao vivo e em pensamento e que, desta forma, também contribuíram para que fosse possível concluir este trabalho

Denise Alves Baptista

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a todas as pessoas que acreditam e lutam para que a ética, a cooperação mútua e a boa vontade norteiem a construção de uma sociedade mais justa e, portanto, mais saudável.

Denise Alves Baptista

RESUMO

BAPTISTA, Denise Alves. *O mercado de planos de saúde brasileiro nos anos 2000 e os dilemas do cooperativismo médico*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Orientadora: Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi.

A regulamentação do mercado de planos de saúde no Brasil completou uma década em 2008, trazendo consigo uma série de informações não consolidadas com regularidade até então. É possível identificar o protagonismo da modalidade cooperativa médica que, apesar de sua natureza não lucrativa, apresenta-se como líder de faturamento durante todo o período, atuando em um mercado altamente concentrado e competitivo, onde são adotadas práticas típicas da lógica de acumulação de capital. A dissertação procura discutir os dilemas do cooperativismo médico em sua atuação como modalidade de operação de planos privados de saúde, identificando o padrão de competição presente no mercado e as estratégias de conduta divulgadas e realizadas pelas operadoras no período. É feito um estudo de caráter descritivo retrospectivo e natureza exploratória, cujo marco teórico é a abordagem schumpeteriana-institucionalista. O recorte geográfico é o mercado do estado do Rio de Janeiro, sendo feita uma análise comparativa das estratégias adotadas pelas 5 maiores operadoras de saúde, entre as quais se encontra a cooperativa de maior faturamento do Brasil. Como resultado, identifica-se que o padrão de competição existente neste mercado é o oligopólio competitivo. Reposicionamento e fortalecimento da marca como opção para o aumento das vendas, aliados à opção pelo endividamento tributário e aumento do número de cooperados como forma de captação de recursos são as principais estratégias adotadas pelas cooperativas. Abertura de capital para angariar recursos, vendas com foco em planos coletivos para pequenas e médias empresas, além da verticalização de atividades são as estratégias encontradas nas práticas de suas principais concorrentes. À guisa de conclusão, o estudo sugere a existência de um padrão de competição que subtrai ou captura a lógica original de funcionamento das cooperativas, levando-as a atuarem efetivamente como grandes empresas, em disputa por uma melhor posição no mercado. A política de melhor remuneração ao cooperado é a evidência residual de estratégias preferencialmente relacionadas ao cooperativismo médico.

Palavras-chave: cooperativismo, planos de saúde, saúde suplementar, regulamentação, mercado

ABSTRACT

BAPTISTA, Denise Alves. *Brazilian healthcare market in the 2000s and medical cooperative dilemma*. Dissertation (Master Science of Collective Health). Instituto de Estudos de Saúde Coletiva of Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Advisor: Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi.

Brazilian healthcare market regulation completed a decade in 2008, assembling a sort of information not regularly gathered so far. It is possible to identify the major role played by medical cooperatives which, despite its non-profitable nature, present themselves as leaders considering their revenue during this period, and operating in a highly competitive and concentrated market where typical capital accumulation practices are adopted. This study discusses medical cooperatives quandaries regarding to its performance as a genre of private healthcare plans operation, identifying market's competition model and its announced and accomplished strategies. It is designed as a descriptive, retrospective and exploratory study, whose theoretical guide is a Schumpeterian-institutionalist approach. Geographic boundary is the state of Rio de Janeiro, Brazil, about which take place a comparative analysis of performed strategies including the major 5 healthcare companies operating then, one of which the largest medical cooperative in Brazil when revenue is considered. The result shows a competitive oligopoly pattern in this market. Brand repositioning and its consolidation as options to increasing market share, as much as tributary indebtedness and enlargement of the cooperated basis as a way of resources captation are the leading strategies adopted by the cooperative. Initial public offering (IPO), focusing on small and medium corporate healthcare plans sales and vertical integration are the leading strategies adopted by those major competitors. At last, this review suggests the existence of a competition model that shortens as long as arrests the original cooperative logic, inducing its operation towards a regular company model, over the dispute of a superior market position. An emphasized and better medical fees' policy is the residual evidence of medical cooperative related strategies.

Key-words: cooperative, healthcare plans, supplementary healthcare market, regulation, market

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	9
LISTA DE QUADROS.....	11
LISTA DE TABELAS.....	13
LISTA DE GRÁFICOS	14
APRESENTAÇÃO	15
INTRODUÇÃO	19
Marco Teórico.....	20
Materiais e Métodos.....	29
CAPÍTULO 1 - CARACTERÍSTICAS DO MERCADO DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE.....	39
Aspectos Institucionais.....	39
Aspectos Sócio-Econômicos.....	51
CAPÍTULO 2 - OS DILEMAS DO COOPERATIVISMO MÉDICO DIANTE DO PADRÃO DE COMPETIÇÃO DO MERCADO	104
CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	134
GLOSSÁRIO	143
ANEXOS	148

LISTA DE ABREVIATURAS

1. **ABRASCO** – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
2. **ACI** – Aliança Cooperativa Internacional (**ICA** – International Co-operative Alliance)
3. **ABRAMGE** – Associação Brasileira de Medicina de Grupo
4. **ABRASPE** - Associação Brasileira de Autogestão em Saúde Patrocinadas pelas Empresas
5. **AMB** - Associação Médica Brasileira
6. **ANS** – Agência Nacional de Saúde Suplementar
7. **CADE** – Conselho Administrativo de Defesa Econômica
8. **CONSU** – Conselho de Saúde Suplementar
9. **COPISS** - Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar
10. **CNSP** - Conselho Nacional de Seguros Privados
11. **CRM** – Conselho Regional de Medicina
12. **CFM** – Conselho Federal de Medicina
13. **CIEFAS** – Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde
14. **DIDES** – Diretoria de Desenvolvimento Setorial
15. **DIOPS** – Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (aplicativo que contém informações contábeis)
16. **FBH** – Federação Brasileira de Hospitais
17. **FENASEG** - Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização
18. **FUNENSEG** – Fundação Escola Nacional de Seguros
19. **GRI** - Global Reporting Initiative
20. **IESC** – Instituto de Estudos de Saúde Coletiva (da Universidade Federal do Rio de Janeiro)
21. **IDEC** – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
22. **IN** – Instrução Normativa

23. **IDSS** - Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
24. **IPO (Inicial Public Offering)** – Abertura de Capital; lançamento primário de ações no mercado de capitais para captação de recursos.
25. **IRB** – Instituto de Resseguro do Brasil
26. **OCB** – Organização das Cooperativas do Brasil
27. **PROCON** – Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor
28. **PMA** – Patrimônio Mínimo Ajustado
29. **PEONA** - Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (avisado = cobrado)
30. **PNAD** - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
31. **RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
32. **RE** – Resolução da Diretoria (qualquer uma delas)
33. **RN** – Resolução Normativa TSS – Taxa de Saúde Suplementar
34. **RO** – Resolução Operacional
35. **RPS/ ARPS** – Registro de Planos de Saúde/ Adequação do Registro de Planos de Saúde (aplicativos)
36. **SIP** – Sistema de Informação de Produtos (aplicativo)
37. **SIB** – Sistema de Informação de Beneficiários (aplicativo)
38. **SUSEP** – Superintendência de Seguros Privados
39. **UNIDAS** - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (CIEFAS + ABRASPE, em 2002)
40. **TISS** – Troca de Informações da Saúde Suplementar

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Equivalência entre a nomenclatura contábil própria das seguradoras e a das, demais modalidades de operação.....	38
QUADRO 2: Quantidade de usuários de planos de saúde (em milhares), segundo os diferentes autores. Brasil, 1987-2008.....	55
QUADRO 3: População residente, beneficiários e possuidores de planos de saúde, segundo os autores, em milhares. Brasil, 2000.....	57
QUADRO 4: <i>Ranking</i> das 10 maiores operadoras, segundo faturamento. Brasil, 2001-2008.....	76
QUADRO 5: <i>Ranking</i> das 10 maiores operadoras, segundo faturamento, em R\$ mil. Rio de Janeiro, 2001-2008.....	77
QUADRO 6: <i>Ranking</i> das 10 maiores operadoras, segundo número de beneficiários. Rio de Janeiro, 2005-2008.....	78
QUADRO 7: <i>Ranking</i> das 10 maiores operadoras, segundo número de beneficiários. Brasil, 2005-2008.....	79
QUADRO 8: Principais dados econômico-financeiros: Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. Brasil, 2001-2008.....	89
QUADRO 9: Efeito dos aspectos tributários nas cooperativas médicas. Dez maiores cooperativas, por volume de passivo exigível. Brasil, 2008.....	90
QUADRO 10: Principais dados econômico-financeiros: Bradesco Saúde S/A. Brasil, 2001-2008.....	94
QUADRO 11: Principais dados econômico-financeiros: Sul América Companhia de Seguros Saúde S/A. Brasil, 2001-2008.....	97
QUADRO 12: Principais dados econômico-financeiros: Sul América Seguro Saúde S/A. Brasil, 2001-2008.....	97

QUADRO 13: Principais dados econômico-financeiros: Amil Assistência Médica Internacional Ltda. Brasil, 2001-2008..... 100

QUADRO 14: Despesas, em relação ao faturamento, por operadora selecionada, em R\$ e em %. Rio de Janeiro, 2008..... 102

QUADRO 15: Resultado Patrimonial, por operadora selecionada, em R\$ e em %. Rio de Janeiro, 2008..... 102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Quantidade de normativos expedidos no âmbito da saúde suplementar. Brasil, 1998-2009..... 43

Tabela 2: Beneficiários de planos de saúde, por cobertura assistencial e tipo de contratação do plano, segundo época de contratação do plano e competência, em milhares e em %. Brasil - 2000-2008..... 58

Tabela 3: Evolução do Registro de Operadoras. Brasil, 1999-2008..... 60

Tabela 4: Número de operadoras concorrentes em atividade, por porte e modalidade concorrente, segundo o número de beneficiários. Brasil, dez/08..... 64

Tabela 5: Número de operadoras em atividade, por porte e modalidade concorrente, segundo o número de beneficiários. Brasil, jun/06..... 65

Tabela 6: Evolução da quantidade de beneficiários de planos de saúde, por modalidade concorrente Brasil - 2000-2008..... 67

Tabela 7: Receita de contraprestações das operadoras de planos de saúde, por modalidade concorrente da operadora, em R\$ e em %. Brasil - 2002-2008..... 70

Tabela 8: Sinistralidade das Operadoras de planos de saúde, por modalidade concorrente, em %. Brasil, 2002-2008 71

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Curva ABC da distribuição dos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos entre as operadoras. Brasil - dez/2008.....	62
Gráfico 2: N° de Operadoras, por modalidade concorrente, em quantidade e em %. Brasil, dez/08.....	63
Gráfico 3: N° de Operadoras, por modalidade concorrente, em quantidade e em %. Brasil, jun/06.....	63
Gráfico 4: <i>Market Share</i> de beneficiários por modalidade concorrente, em%. Brasil, 2005-2008.....	68
Gráfico 5: <i>Market Share</i> de faturamento, por modalidade concorrente, em %. Brasil, 2002-2008.....	70
Gráfico 6 - Indicadores Financeiros da Unimed-Rio, em R\$ milhões. Rio de Janeiro, 2003-2005.....	86

APRESENTAÇÃO

Os motivos que me levaram a estudar o tema proposto guardam estreita relação com a minha própria história de vida, tanto acadêmica quanto profissional, conforme descrevo a seguir:

Nos anos 80 e início de 90, mais voltada para o setor privado, bacharelei-me em Ciências Econômicas e iniciei a carreira de auditora, como funcionária de uma empresa de auditoria externa independente, entre 1987 e 1992. A partir de então, mantive como único vínculo com o tema em questão as cadeiras que ministrava em cursos de graduação e pós-graduação (ainda no setor privado), entre 1992 e 1994.

Iniciei uma segunda etapa de vida neste mesmo ano, quando ingressei na faculdade de medicina, atuando pela primeira vez junto ao setor público de saúde (um hospital universitário, seguido de um hospital geral municipalizado), ainda como acadêmica, até 1999. Entre 2000 e 2002, cursei a Residência Médica em Pediatria (hospital universitário) e passei a atuar profissionalmente como pediatra, tanto junto ao SUS (hospital municipal - na assistência e na gestão) quanto no setor privado.

A etapa seguinte caracterizou-se por certo conflito existencial; a preocupação em conciliar uma e outra experiência (economista e médica) acabou me levando à assistência suplementar à saúde e, no final de 2002, iniciei uma jornada por este segmento ao ingressar em uma cooperativa médica, inicialmente em uma função de microrregulação do acesso aos serviços de saúde. Na seqüência, exerci a função de coordenação da produção de estudos especiais, desenvolvendo temas relacionados com informações de saúde em geral (internas e externas à cooperativa) e assessorando seu planejamento estratégico. Neste ínterim, fui convidada a colaborar como pesquisadora especialista da UFRJ em uma demanda do Ministério da Saúde, o que acabou me envolvendo mais profundamente com a atividade

acadêmica. O interesse pelo curso de Mestrado em Saúde Coletiva pelo IESC despertou com mais vigor assim que tive contato com a área temática “Economia Política e Análise Institucional”, meu “habitat corporativo”.

A discussão proposta neste trabalho é fruto desta trajetória e pretende ser a semente de discussões mais ampliadas sobre o funcionamento do setor, cuja configuração sofreu importantes transformações a partir de 1999, após a criação da lei que o regulamenta (Lei 9656/98). O reflexo destas transformações em minha área de atuação - o cooperativismo médico - foi a inquietação que motivou a realização da presente investigação.

A implicação dos autores nas pesquisas sociais (como neste caso) é eventualmente criticada na avaliação de publicações acadêmicas que se propõem científicas, muito em razão de uma possível análise estrábica da realidade. Há autores, no entanto, que acreditam que há muitas vantagens nesta implicação, em função da interação resultante entre o pesquisador e o universo pesquisado - fato inexistente se a neutralidade do pesquisador for considerada de peso mais relevante nas pesquisas. Neste estudo foi levada em conta esta segunda visão, que destaca a importância desta interação sujeito-objeto:

... “O sujeito que interroga é ao mesmo tempo o que produz o fenômeno em análise e, mais ainda, é o que interroga o sentido do fenômeno partindo do lugar de quem dá sentido ao mesmo, e neste processo cria a própria significação de si e do fenômeno”. (MERHY, 2004, p.12)

A dissertação está dividida em quatro partes, a saber:

A **Introdução** delimita o estudo do tema proposto e apresenta seus objetivos, além de situar o leitor quanto ao referencial teórico adotado, bem como os materiais e métodos selecionados para alcançar os objetivos propostos.

O **Capítulo 1** é dedicado à caracterização do padrão de concorrência presente no mercado através da exposição de suas principais características. A abordagem inicial é institucional, com ênfase na descrição do ambiente (legislação aplicável) e dos arranjos

institucionais (modalidades e organizações) existentes. A seguir, dados econômicos são apresentados, com foco no tipo de produto, quantidade e distribuição dos beneficiários e das operadoras pelo sistema, além da evolução do *market share* das modalidades competitivas de operação, tanto em número de beneficiários quanto em faturamento. Finalmente, a partir do *ranking* evolutivo das 10 maiores operadoras do país, são descritas as estratégias de conduta das 5 maiores operadoras do Rio de Janeiro, procurando identificar a representatividade de cada uma dentro de sua modalidade. Em resumo, neste capítulo é semeado o terreno para a futura discussão sobre a compatibilidade entre o padrão de concorrência encontrado e o modelo cooperativista clássico.

No **capítulo 2**, especificamente dedicado ao cooperativismo médico, a dimensão institucional é retomada através de um diálogo com o arcabouço legal que circunda este tipo de organização societária, desde sua origem (marco regulatório, diretrizes dos órgãos representativos, estatuto social, entre outras) até as atuais referências existentes na Carta Magna em vigor. Revisitando-se os achados do capítulo anterior, a discussão acerca dos dilemas do cooperativismo médico concentra-se no embate entre competição e cooperação; a natureza e a finalidade de constituição da organização enquanto cooperativa médica em contraposição à sua atuação como operadora de planos de saúde, isto é, sujeita à regulação da ANS e imersa em um mercado movido pela lógica capitalista.

O **capítulo 3** apresenta um contraponto entre as previsões feitas na década de 90 e os fatos efetivamente observados nos anos 2000. A partir de então, são apresentadas as principais tendências e desafios do mercado de saúde suplementar, para a próxima década. O enfoque dá destaque aos possíveis impactos no futuro do cooperativismo médico a curto e médio prazo, tanto do ponto de vista econômico quanto institucional. Na **conclusão**, são resumidas as principais idéias apontadas nos capítulos precedentes, com o objetivo de proporcionar ao leitor uma assimilação linear de todo o pensamento da autora através de uma

exposição sintética dos aspectos mais relevantes do trabalho. O estudo se encerra com a apresentação de algumas questões levantadas a partir dos resultados encontrados neste, podendo ser considerados como temas para estudos particulares e mais aprofundados, no futuro.

INTRODUÇÃO

Os anos 2000 foram marcados pela transição de um mercado privado de planos de saúde não regulamentado¹ para um ambiente institucional complexo, a partir da instituição da Lei 9656/ 98. Uma série de regras invadiram o sistema, , principalmente a partir da criação da Agência Reguladora (ANS), em 2000, através da Lei 9961/00. Este marco regulatório levou a uma série de modificações na estrutura deste mercado, o que passou a despertar o interesse cada vez maior dos estudiosos do ramo da Economia da Saúde. A ética individual natural das profissões de saúde, que não admitem valor maior que o da vida a ser salva tem se chocado com a ética do bem comum, expresso na praticidade dos economistas quanto à alocação dos recursos (DEL NERO, 2002). Dessa interseção, têm surgido contribuições significativas para o campo da Saúde Coletiva, que compreende um universo mais amplo e transdisciplinar.

O objeto do presente estudo é o mercado de planos privados de saúde² no Brasil dos anos 2000, tendo como recorte as operadoras de planos de saúde com sede na região sudeste (maior taxa de cobertura do país³) - especificamente o Estado do Rio de Janeiro - com destaque para a modalidade de “cooperativa médica”. Procura abordar as características institucionais e econômicas deste mercado e discutir os dilemas enfrentados por este tipo de operadora em suas condutas estratégicas, comparativamente às de suas principais concorrentes e, também, em relação ao período anterior.

O estudo se insere no contexto da avaliação dos dez anos de regulamentação do setor, instituído a partir das Leis 9.656/98 (lei de regulamentação do setor) e 9.961/00 (lei de criação da ANS). Considera-se oportuno e relevante para o campo da Saúde Coletiva o estudo

¹ Exceto quanto às seguradoras, cujo comportamento era acompanhado de perto pela SUSEP, apesar de não especificamente visando à comercialização de seguros-saúde, mas sim como um produto a mais no portfólio global da carteira

² Também referido como “mercado de saúde suplementar”, “mercado operador” ou “mercado de assistência à saúde suplementar”

³ Na região a cobertura é de 55% nas capitais, 43% nas regiões metropolitanas e 33,8% nas Unidades da Federação, segundo dados da ANS

mais aprofundado deste setor quanto aos aspectos econômico e institucional, por sua relevância: este mercado é responsável pela assistência à saúde de 40,9 milhões de beneficiários em todo país, ao mesmo tempo em que movimenta uma renda anual de R\$ 55,8 bilhões⁴.

O caso do cooperativismo médico é bem interessante de se estudar, tanto por sua singularidade quanto pela sua representatividade no setor. Para a economia política da saúde, o estudo pode ser considerado relevante no sentido dado por DEL NERO (2002, 18) quando menciona *“a importância da clareza e compreensão profundas da intervenção estatal no setor, para direcionar uma melhor destinação do investimento privado”*. Entende-se que esta forma de organização social deve ser estimulada, em função de sua afinidade com os preceitos constitucionais; uma primeira etapa neste sentido seria a apropriação e divulgação do conhecimento sobre suas especificidades; desta análise, a verificação de como se aplica na prática esta operação tornaria possível uma reavaliação de políticas, caso seja constatada uma necessidade nesta direção. Espera-se que este trabalho possa contribuir com informações relevantes para municiar o mercado e o órgão regulador com dados que permitam uma revisão de políticas, tanto internas quanto externas, revertendo em benefício dos usuários do sistema.

1.2. Marco Teórico

Sob o ponto de vista econômico é utilizada a abordagem schumpeteriana / neoschumpeteriana, com base em POSSAS (1983, 1990 e 2002), KUPFER e HASENCLEVER org. (2002) e NELSON & WINTER (2005) para o desenvolvimento dos argumentos, no âmbito da Economia Industrial. Para tanto, utiliza-se de uma analogia para aplicação dos conceitos ao setor saúde, considerada exequível, a partir do momento em que o setor já se configura como um Complexo Industrial, conforme discutido por GADELHA

⁴ Estes dados são relativos ao segmento específico de assistência médica, com ou sem odontologia para dezembro de 2008, divulgados pela ANS no Caderno de Informação de beneficiários, edição mar/09

(2003). Suas características são demonstradas comparativamente às principais teorias econômicas que a sucederam, conforme descrito a seguir (HUNT, 1981):

Os economistas clássicos, como Adam Smith e Ricardo, valiam-se do pensamento liberal para realizarem suas análises do ambiente econômico. A clássica figura da “mão invisível” do mercado ilustrava o pensamento econômico da época, que defendia a tese de que o mercado se auto-ajustaria entre as dimensões de oferta e procura dos agentes econômicos, através das modificações nos preços, com a intenção de maximização de lucros na direção de um ponto de equilíbrio. Os neoclássicos, como Alfred Marshall, defendiam que a existência de múltiplos agentes econômicos garantiria o equilíbrio do mercado, uma vez que a determinação de preços de produtos seria o resultado da interação dos vários ofertantes, que individualmente seriam incapazes de afetá-los significativamente, caracterizando a figura da “concorrência perfeita”. A evolução deste pensamento, com John Maynard Keynes, considera a inclusão do fator “intervenção do estado” para garantir a viabilidade do sistema capitalista que, na prática, não se traduz conforme o modelo da “concorrência perfeita”. Esta visão ortodoxa é a base de discussão dos economistas de orientação evolucionária mencionados, para os quais a concorrência, no entanto, é vista de modo distinto. Para estes, o lucro é um objetivo empresarial explicitamente reconhecido, mas não enquanto um fim em si mesmo, como acontece na interpretação clássica. Para os evolucionários, o lucro é uma conseqüência da motivação maior das firmas de sobreviverem no mercado, evitando optar por condutas que as levem à sua expulsão, à semelhança do processo biológico de “seleção natural”. A concorrência não estaria limitada a preços, mas também à diferenciação de produtos, que inclui mudanças qualitativas derivadas de inovações⁵, transformando a idéia de equilíbrio (estático) na idéia de trajetória (dinâmica). Em relação à conduta, estas variariam entre as organizações: enquanto umas lutariam por liderar a busca por inovações (ou “novas

⁵ A idéia de inovação extrapola o senso comum de transformação tecnológica. Para estes pensadores inovar é criar qualquer novo “espaço econômico”, o que poderia significar novos produtos, mercados, clientela, processos ou quaisquer outras formas de diferenciação.

combinações” de fatores de produção), outras prefeririam caminhar na direção das inovações já implantadas, através da imitação (NELSON e WINTER, 2005). Estes últimos são conhecidos com *free riders*, ou seja, aquelas organizações que pegam carona nas inovações de seus concorrentes, evitando o gasto inicial com pesquisa e desenvolvimento. Todas, inovadoras e imitadoras, entretanto, caminhariam na direção da sobrevivência, efetuando suas escolhas.

Para estes autores, ao contrário do entendimento ortodoxo, a missão das firmas não seria selecionar uma dentre várias opções estratégicas dadas; modelos de previsão sobre o comportamento do mercado, estáticos e/ou baseados em avaliações *ceteris paribus* em direção ao equilíbrio seriam incapazes de fornecer às organizações a opção ideal. Em sua avaliação, como tudo é dinâmico, as conseqüências destas escolhas só poderiam se conhecidas *ex post* (KUPFER, 1992) e o perfil inovador ou imitador da instituição seria o responsável pela definição da estratégia.

A concorrência schumpeteriana remete à “*busca permanente de diferenciação por parte dos agentes, por meio de estratégias deliberadas, tendo em vista a obtenção de vantagens competitivas que proporcionem lucros de monopólio, ainda que temporários*” (POSSAS, 2002, p.419). Como “lucros de monopólio” entendem-se aqueles resultantes de inovações implementadas por empresas líderes⁶, que aceitam o desequilíbrio⁷ momentâneo como ferramenta propulsora de mais inovação. Estas procurariam conduzir-se através de um processo contínuo de autopoiese⁸, no sentido da destruição criativa (SCHUMPETER, 1961),

⁶ Em sua tese de doutoramento, POSSAS (1983) tratou as empresas mais lucrativas dos setores como sendo uma simplificação do conceito de empresas líderes.

⁷ A palavra desequilíbrio é utilizada nesta frase com o objetivo de contrapor a idéia de equilíbrio defendida pelos economistas ortodoxos, aproximando-se, desta forma, das idéias de evolução, dinamismo e movimento que acompanham a teoria evolucionária.

⁸ No sentido da capacidade de se reinventar que tem o capitalismo (em uma singular analogia ao real sentido biológico do termo, lembrado pelo Prof. Dr. Emerson Merhy no “II Seminário Internacional em Regulação da Saúde Suplementar - 10 anos da Lei 9656/98” - realizado pela ANS em 06/ 2008). Marx já fazia referência ao fato, na medida em que percebia a concorrência como “um mecanismo permanente de introdução de progresso técnico, capaz de tornar endógena à economia capitalista a capacidade de mudança estrutural mediante

obtendo vantagens. Marx já fazia referência ao fato, na medida em que percebia a concorrência como “um mecanismo permanente de introdução de progresso técnico, capaz de tornar endógena à economia capitalista a capacidade de mudança estrutural mediante inovações”, sendo tal progresso técnico o que Marx chamava de “desenvolvimento das forças produtivas”, mola propulsora do movimento dos capitais (POSSAS, 2002, p.417). Neste sentido, estes evolucionários pensadores entendem que concorrência e monopólio não são mutuamente exclusivos; pelo contrário, acreditam que a existência de múltiplas firmas competidoras no mesmo ambiente econômico (atomicidade) é um convite à estagnação inovatória, sendo altamente condenável. O monopólio desejável, no entanto, difere da visão clássica de um poder de mercado absoluto quanto à determinação de preços, posto que se trate de um conceito circunstancial; na verdade, aproxima-se mais da idéia do oligopólio clássico, acrescido da peculiaridade de estarem as (poucas) firmas alternando-se na posição de liderança, uma vez que criações inovadoras estariam se sucedendo a todo instante, favorecendo este comportamento dinâmico.

A definição de mercado utilizada no estudo é a de um espaço de competição (POSSAS, 2002), um espaço de enfrentamento dos blocos de capital (KUPFER, 1992), aqui relacionado ao ambiente onde as operadoras de planos de saúde exercem suas práticas comerciais. Competição e concorrência são termos que se confundem, ora como sinônimos, ora como antônimos, dependendo do tratamento dado pelos autores. A título de exemplo deste conflito, MELO (2002) utiliza a expressão “competição perfeita” com o sentido clássico do modelo de concorrência perfeita, mostrando tratar-se, na realidade de um modelo teórico onde há total ausência de rivalidade entre as empresas (o oposto do senso comum dado à palavra competição). Por outro lado, apresenta o termo “competição monopolística” para definir esta rivalidade, representada principalmente pelo esforço na diferenciação dos produtos. Esta

inovações”, sendo tal progresso técnico o que Marx chamava de “desenvolvimento das forças produtivas”, mola propulsora do movimento dos capitais (POSSAS, 2002, p.417)

situação é referida em uma oposição total ao termo “monopólio”, onde isso não é necessário em função da inexistência de concorrência (há apenas uma empresa ofertante), o que se aproxima mais do sentido de ausência de competição (disputa) do senso comum da população, que o mencionado anteriormente. POSSAS (2002) concentra-se na descrição da tipologia oligopolística, apresentando uma graduação entre os dois extremos. Oligopólio, para POSSAS (1983) é tratado como um modelo de concorrência que resulta muito mais da existência de importantes barreiras à entrada⁹ e da presença de economias de escala/ de diferenciação do que em relação ao número de empresas que constituem o mercado em questão¹⁰.

O padrão de concorrência é definido pelas “*características peculiares do mercado*” (tipo de produto, possibilidade de diferenciação, tipos de insumos e bens de capital requeridos) e pelas “*estratégias competitivas adotadas pelas empresas*” (política de preços, de vendas e de expansão, restringidas pelos determinantes estruturais acima e por restrições financeiras) adotadas neste mercado (POSSAS, 1990, p. 166-167). A concorrência caracteriza-se por uma disputa pela sobrevivência no mercado - para a qual se lança mão de todas as armas que “*não ameacem a convivência social*” (POSSAS, 1983, p.703) – e não mais pelo maior lucro possível, como era apresentada anteriormente pelos clássicos. Por este motivo o autor entende que a “*tipologia do mercado com ênfase no oligopólio*”, descrita a seguir, é o melhor “instrumental analítico” para esta avaliação.

Na **concorrência oligopolística**, as competidoras estariam a todo o momento criando novas formas de produção ou mesmo novos produtos (inovação) utilizando-se de diferentes estratégias de conduta dependendo do tipo de estrutura oligopolística do setor. Estas são também entendidas como “estratégias de concorrência”, como em POSSAS (1990:162-164), que considera mais relevante uma análise global que o recorte entre

⁹ Neste quesito o ambiente institucional exerce bastante fluência, ao determinar as regras necessárias para a entrada, manutenção e saída da empresa do mercado

¹⁰ Embora haja uma relação intrínseca entre estes condicionantes

categorias de conduta e desempenho (em função de cobrirem “terrenos fortemente superpostos”). O autor define estratégias de concorrência como sendo “políticas de expansão das empresas líderes em todos os níveis: tecnológicos, financeiros e as políticas de adaptação aos e recriação dos mercados”.

POSSAS (1983, p. 472) detalha sua visão sobre a concorrência oligopolística: no caso de um **oligopólio concentrado** (aquele que pressupõe poucos ofertantes, para produtos homogêneos), fundamentalmente a estratégia estaria concentrada nas economias de escala técnicas. Já nos **oligopólios diferenciados** (é possível a disputa mediante a diferenciação de produtos, predominantemente), a estratégia de conduta seria na direção da economia de escala de vendas. No caso dos **oligopólios diferenciado-concentrados ou mistos**, encontra-se uma combinação dos dois tipos anteriores (concentração com diferenciação), sendo prioritária a diferenciação de produtos como principal forma de concorrência, sem deixar de lado a busca pela escala mínima eficiente. POSSAS (1990) estende esta classificação incluindo o **oligopólio competitivo**, no qual haveria alguma concentração da produção¹¹, onde poucas empresas deteriam uma fatia considerável do mercado, estando mais bem localizadas, ao mesmo tempo em que conviveriam com pequenas empresas na periferia, que ainda deteriam uma porção “não desprezível” do mercado.

Sempre no contexto da economia industrial, POSSAS (1983, p. 495) relaciona a expansão em direção ao mercado com a concentração, esta última resultando da busca da economia de escala. Esta poderia se apresentar de duas formas, sendo a primeira a de natureza técnica, cujo foco seria a busca por uma “escala mínima ótima” de operação, a partir da qual o custo marginal começaria a ser proibitivo. Analogamente, na saúde suplementar, a expansão do mercado (representada pelo surgimento de novos beneficiários no setor) seria seguida de uma escalada em direção à concentração, de modo que a operadora atingisse uma massa (de

¹¹ POSSAS (1990:17) utiliza a expressão “concentração relativamente alta”.

beneficiários) suficiente para diluir cada vez mais o risco¹² inerente ao negócio. Esta necessidade poderia ser satisfeita pelas mais variadas estratégias de conduta, como no caso das. POSSAS (1983, p.496-499) citou o caso das “fusões, absorções, colusões e formação de cartéis”.

A segunda forma de economia de escala citada por POSSAS (1983, p.496) foi a de natureza não-técnica e que sugere a importância do tamanho da empresa na redução de certos custos. O autor dá ênfase a dois aspectos, principalmente: o pecuniário (acesso ao mercado de capitais¹³) e o de promoção de vendas. O primeiro diz respeito à relação da indústria com o capital financeiro: este teria uma atração especial para com grandes empresas, em função do menor risco de inadimplência, caracterizando uma financeirização progressiva na indústria. O autor é bastante incisivo ao comentar a importância deste fato na indução à concentração de mercados (estímulo a grandes empresas), somado ao acesso mais facilitado a canais de distribuição e fornecedores: *“Com respeito a essas vantagens de custo financeiro das grandes empresas a evidência empírica é insofismável e sugere que se trata de uma das fontes mais relevantes de economia de escala”*. (POSSAS 1983, p.498, grifos nossos)

O segundo aspecto (promoção de vendas) abrangeria três dimensões. A dimensão que trata dos gastos com a publicidade em si, no sentido de descobrir o gasto mínimo necessário para que o efeito sobre as vendas seja realmente eficaz e o ponto máximo, a partir do qual esse gasto tenderia a entrar na curva de rendimentos decrescentes¹⁴; a que discute o efeito cumulativo da propaganda (como no caso em que o nome da marca confunde-se com o nome do produto, chegando a tornar-se sinônimo deste). POSSAS (1983, p.501) chamou a terceira dimensão de “efeitos de transbordamento (*spill over*) entre marcas e produtos do

¹² Ocorrência do evento a financiar = sinistro = doença. É claro que muitos outros fatores relevantes devem ser considerados na avaliação do risco, tais como: sexo, faixa etária, idade, profissão, estado prévio de saúde, etc.

¹³ No sentido “crédito”; o autor não menciona abertura de capital, por exemplo.

¹⁴ O ponto da curva de rendimentos em que os gastos não seriam mais capazes de colaborar para o resultado da empresa sob a forma de aumento das vendas, passando a representar apenas mais um custo, que reduziria gradativamente o retorno do investimento.

mesmo fabricante”. No caso da saúde suplementar, a materialização destes efeitos se dá pela variedade de produtos ofertados, variando-se a rede prestadora, a segmentação ou a cobertura. Outra forma de variar o produto é a concessão de benefícios, oferecidos como vantagens: remoção, seguro para assistência médica em viagens ao exterior, resgate aéreo, cartão de fidelidade (descontos em parceiros comerciais). Esta venda cruzada resulta em economia de escopo e economia de escala por diferenciação, o que remete à questão de inovação de Schumpeter. ANDREAZZI e KORNIS (2003b) mencionaram o fato ao avaliarem o caso das seguradoras que comercializam o produto saúde, mencionando que estas possuiriam vantagens competitivas sobre as demais operadoras: bancos que comercializam produtos correlatos e experiência acumulada com tecnologia da informação, tão necessária para responder às exigências legais. Todos os aspectos mencionados foram observados no setor de saúde suplementar e são apresentados como resultados.

Com relação aos aspectos institucionais, a apresentação da regulamentação que constitui o ambiente institucional em que as operadoras de saúde se inserem é um fato considerado relevante para a análise dos padrões de comportamento destes agentes econômicos e das conseqüentes transformações ocorridas neste mercado durante os anos 2000.

Sobre a importância da influência do ambiente institucional (entendido como o conjunto de regras que colabora para a configuração do padrão concorrencial de um mercado), cabe destacar o texto a seguir: *"o padrão concorrencial pode ser balizado também por fatores de ordem institucional, tais como os arcabouços jurídico e tarifário (fiscal) que limitam ou disciplinam a atuação das empresas ou do mercado"* (RESENDE e BOFF, 2002, p. 74-75).

POSSAS (2002) bem como NELSON e WINTER (2005), adeptos da teoria “evolucionária” da mudança econômica, ratificam esta posição. HASENCLEVER e KUPFER

(2002) também descrevem a influência significativa que o ambiente institucional exerce sobre o comportamento econômico dos agentes, na introdução de seu livro:

“A abordagem schumpeteriana-institucionalista parte das idéias gerais com relação ao homem, às instituições e à natureza evolucionista dos processos econômicos para idéias e teorias específicas, relacionadas com instituições econômicas singulares ou tipos de economia”... ”um autor desta tradição precisa mostrar como grupos específicos de hábitos comuns estão embebidos em e são reforçados por instituições sociais específicas”. HASENCLEVER e KUPFER (2002, f.9)

Apesar de adotarem a empresa como a unidade de análise¹⁵, estes teóricos assim definem a importância da inclusão do contexto institucional nas análises dos movimentos do mercado “... *as condições ambientais são decisivas – seja no nível de mercado, onde se dá definitivamente o processo da concorrência, seja no nível mais geral, sistêmico, onde se definem as externalidades que afetam a concorrência*”. (POSSAS, 2002, p. 420)

Por este motivo, o **mercado** é considerado não apenas como um espaço de competição (ponto de vista econômico), mas também como um espaço institucional. É contemplado também em seus aspectos políticos, sociais, morais ou legais que, em conjunto com as questões econômicas, constituem o **ambiente institucional** ou, de modo simplificado, as “regras do jogo” (PONDÉ, 2005, p.132), fundamentais para o entendimento do comportamento estratégico das operadoras.

O mercado, já definido, é constituído por diferentes tipos de **organizações**, termo utilizado para definir as diferentes coletividades que congregam grupos de indivíduos subordinados a metas e objetivos específicos da entidade, podendo estas ser públicas ou privadas (PONDÉ, 2005). É utilizada a expressão **arranjos institucionais** para definir o modo como as organizações se configuram no mercado (PONDÉ, 2002).

¹⁵ Este é um dos motivos para estudarmos as organizações também individualmente, captando suas estratégias de conduta e buscando relacioná-las com o perfil de sua modalidade

Referindo-se à visão neoschumpeteriana, DANTAS et al (2002) denomina **empresa**¹⁶ a organização cujo principal objetivo é o crescimento e a acumulação interna de capital, enquanto POSSAS (2002, p. 420) considera empresa a “unidade de análise da concorrência schumpeteriana”, por ser “a célula de decisão e apropriação de ganhos”. Devido às especificidades do mercado de planos de saúde, foi utilizada a seguinte analogia neste estudo: as operadoras de saúde, como um todo, foram consideradas organizações, mas apenas as seguradoras e medicinas de grupo foram consideradas empresas, adotando-se a visão de DANTAS (2002). No entanto, são aqui consideradas unidades de análise da concorrência todas as modalidades que comercializam planos de saúde, como as cooperativas médicas e as filantropias. As demais organizações não são incluídas nas análises (autogestões, administradoras de planos de saúde e operadoras que comercializam planos exclusivamente odontológicos), por não serem consideradas concorrentes diretas.

1.3. Materiais e Métodos

1.3.1. Características do Estudo e Plano de Análise

Este estudo tem um caráter descritivo retrospectivo e natureza exploratória. O plano de análise utiliza uma abordagem dinâmica, isto é, analisando a evolução do mercado de planos de saúde no tempo (anos 2000), inclusive em comparação aos dados anteriores ao nosso recorte (anos 90).

Inicialmente, é feito um mapeamento do setor (caracterização estrutural), evidenciando dados sobre a quantidade de beneficiários do sistema, o número de operadoras em atividade e o *market share*¹⁷ das modalidades de operação - e das operadoras, em si. O estudo privilegia a observação das modalidades competitivas, mas procura adotar uma visão ampla sobre o processo concorrencial. As modalidades que não comercializam planos de

¹⁶ No mercado encontram-se termos cujo senso comum é correlato, tais como “firma”, “companhia”, etc

¹⁷ Expressão em inglês que significa participação (fatia) de mercado. A ANS apresenta esta informação em relação ao número de beneficiários do sistema, mas há autores que a relacionam com as receitas de vendas como no caso de KUPFER (2001). Esta diferença foi ressaltada sempre que necessário

assistência médica não são o foco do trabalho (autogestões, cooperativas odontológicas e odontologias de grupo).

A identificação das empresas líderes do setor (unidades de análise) é feita com base em uma classificação (*ranking*) destas por faturamento e por quantidade de beneficiários. A denominação “faturamento” foi utilizada neste estudo representa as receitas com operações (vendas) de planos de saúde, pelas operadoras. Outras receitas como a assistência médica direta (rede própria), não fazem parte deste contexto; estas são classificadas como “outras receitas operacionais” no Plano de Contas oficial da ANS. É importante utilizar a classificação por faturamento, pois esta variável faz parte do conjunto de informações econômico-financeiras das operadoras (disponibilizadas pela ANS) que, como será observado adiante, permite inferências a respeito das estratégias de conduta efetivamente realizadas pelas mesmas. Para garantir uma abordagem dinâmica, o fazemos em relação ao longo do período sob análise (anos 2000) e em comparação com o período anterior (anterior à regulamentação). Nos casos em que se identifica inconsistência relevante nos dados, variável e período correspondentes não são objeto de estudo. O recorte geográfico considera o estado do Rio de Janeiro, pelo fato deste concentrar o maior volume de faturamento das operadoras, considerando-as em conjunto, por localização da sede, nos anos 2000. A ANS, em suas análises, também utiliza a distribuição regional das operadoras por localização da sede, validando a metodologia:

“Na subseção 2 estão informações sobre as operadoras de planos privados de saúde com registro ativo no Brasil. É apresentada a distribuição das empresas por locais de sede e de atuação, além do número de beneficiários, receita das contraprestações e despesa assistencial segundo modalidades” (BRASIL, 2009:5)

A descrição dos aspectos institucionais do mercado, amparada por uma análise documental, abrange a descrição do ambiente e dos arranjos institucionais do setor (leis,

normas e demais regras aplicáveis), com objetivo de caracterizar a evolução da regulamentação no período (em relação ao período anterior). É uma preocupação específica identificar a existência de barreiras de entrada, manutenção e saída exigidas pelo órgão regulador para as operadoras do sistema. A identificação do padrão de concorrência vem como consequência, levando em conta os conceitos de POSSAS (1983; 1989; 1990; 2002) como referência para mercado, empresa líder e fatores determinantes da concentração de mercados (barreiras de entrada e economia de escala). O passo seguinte é a identificação das estratégias de conduta realizadas - aqui entendidas como a forma de atuação das empresas dominantes junto ao mercado que, para POSSAS (2002), são reveladoras deste padrão.

Para identificar as estratégias de conduta, são utilizados como ponto de partida alguns dados econômico-financeiros apurados durante o mapeamento do mercado, por sua natureza reveladora de estratégias efetivamente realizadas. O objetivo é o de compará-las com as estratégias divulgadas no período, tanto por seus administradores quanto por especialistas de mercado, relacionando-as com a natureza da sua modalidade de operação, sempre comparativamente à modalidade Cooperativa Médica. É utilizada a categoria de análise **formação do resultado**, onde se busca identificar em relação às receitas, quais os principais itens de despesa responsáveis pela formação do resultado das organizações. Para tanto, são estudadas em especial as rubricas contábeis “**Contraprestações Efetivas**” (que representa o valor das receitas auferidas com a venda de planos de saúde); “**Eventos Indenizáveis**” (que demonstra o custo da utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários). A razão entre as duas contas gera o “**Índice de Sinistralidade**” (que mostra, em termos percentuais, em que medida os custos assistenciais absorveram o que foi faturado pela operadora); “**Despesas de Comercialização** (onde são registrados gastos com corretagem)” e “**Despesas Administrativas** (onde ficam contabilizadas, principalmente, gastos com pessoal, publicidade

e propaganda). A evolução da **quantidade de beneficiários** no período também é utilizada para balizar algumas conclusões.

Esta metodologia considera o estudo de dados que são utilizados com frequência como componentes de indicadores de análise de desempenho das empresas no mercado. Isto é possível por conta da exigência da agência reguladora, junto às operadoras, quanto à adoção dos princípios contábeis aplicados a outros mercados - como o de capitais – conforme referenciado na Lei 9.656/98 (Lei de Regulamentação do Setor):

“Art. 22. As operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela Lei no 6.404, de 15 de dezembro de 1976. Parágrafo único: A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo normas definidas pelo CNSP.”

A Lei 6.404/76 - cuja nova redação foi dada pela Lei nº 10.303/01 - normatiza as Sociedades por Ações e tornou-se um paradigma da escrituração contábil. Em grande parte, isto é explicado pelo fato da Receita Federal exigir a observância destas regras, que são a base da apuração do “lucro real” (o lucro tributável, aquele sobre o qual incide o imposto de renda das empresas). Talvez, por este motivo, a ANS tem se utilizado desta informação, inclusive tornando-a pública, através de seus Anuários (parte das Demonstrações Financeiras das operadoras que enviaram o DIOPS), o que legitima a metodologia adotada neste estudo.

O campo do estudo é delimitado pela classificação decrescente (*ranking*) das operadoras em nível nacional e local (RJ) quanto à localização de sua sede – à semelhança do procedimento adotado pela ANS - para cada uma das rubricas. Para sua construção estabeleceu-se uma ponderação entre as operadoras, baseada na frequência (constância) da presença da organização entre as 10 primeiras organizações do mercado, nos diversos

rankings construídos para os quesitos mencionados. A partir de então foi feita a seleção, para estudo específico sobre as estratégias de conduta, das 5 maiores operadoras cuja sede localiza-se no estado do Rio de Janeiro, conforme critério já mencionado¹⁸.

Os resultados apurados são comparados com os encontrados na literatura acadêmica e jornalística (incluindo portais eletrônicos das organizações) para o período e o período anterior, focando especificamente na comparação entre as estratégias das cooperativas e as das demais modalidades de operação, gerando inferências.

1.3.2. Procedimentos

Os procedimentos realizados incluíram uma pesquisa bibliográfica inicial efetuada junto à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através do endereço eletrônico <http://www.bireme.br/php/index.php>, tendo sido analisados os bancos de dados LILACS e SCIELO. Foram reunidos as publicações surgidas da utilização das seguintes palavras-chave: “Cooperativa”; “Cooperativismo”; “Plano de Saúde”, “Seguro Saúde; “Operadora de Saúde”; “Estratégia”; “Mercado”; “Regulação” e “Concorrência”. Após a leitura dos resumos, foram selecionados os textos mais relevantes para a discussão proposta, em função de seu eixo temático, dando-se preferência a teses já elaboradas. Vários artigos foram agregados ao levantamento inicial desde então, por serem referenciados pelos autores selecionados, sendo considerados relevantes por explorarem pontos específicos. Alguns livros de autores de renome também foram considerados relevantes e incluídos.

As fontes utilizadas, todas secundárias, são materiais de domínio público, incluindo publicações disponibilizadas pela ANS, imprensa e consultorias especializadas, que constituíram o *clipping*.

¹⁸ O procedimento foi considerado suficiente porque, dentre as 10 maiores operadoras do setor (nível Brasil), 5 têm sede no Rio de Janeiro, sendo que 3 delas estão entre as 5 maiores operadoras do país, o que as caracteriza, efetivamente, como líderes. Em 2008, 8 das 10 maiores operadoras do Brasil, em faturamento, possuíam sede no Rio de Janeiro

Os temas que são analisados e os atores envolvidos neste estudo constam das mais diversas publicações, tendo sido as empresas estudadas devidamente nomeadas, tais como ocorrido nas dissertações de GUERRA (1998), DINIZ (1997), NITÃO (2004) e DUARTE (2004), entre outras fontes, ratificando a idéia que tais informações possuem caráter público. Sendo assim, é considerada pertinente a apresentação do nome das entidades envolvidas neste estudo, tendo sido os dados obtidos apenas reorganizados, de modo a possibilitar o desenvolvimento de uma linha de pensamento específica.

Com o objetivo de identificar as organizações-líderes, foi criado um aplicativo que capturou os dados econômico-financeiros das médias e grandes operadoras (aquelas com mais de 100 mil beneficiários) Os dados relativos à quantidade de beneficiários estavam disponíveis apenas para o exercício de 2005 em diante. Além desta, algumas informações não estavam disponíveis à época de realização dos estudos, tendo sido feito ajustes, quando considerado necessários. Este aplicativo permitiu a confecção de um banco de dados próprio, a partir dos dados oficiais transmitidos pelas operadoras à agência e disponibilizados por esta via internet.

Várias foram as dificuldades para capturar as informações contábeis que as operadoras transmitiram à ANS e esta disponibilizou, parcialmente, em sua página eletrônica oficial: o único banco de dados disponível para *download* à época era o referente às demonstrações contábeis das Seguradoras (em formato “mdb”, para o software Access). Para as demais modalidades, até hoje (para informações relativas ao período de 2001 a 2005) é necessário consultar a página da ANS na Web e, no menu “informações – demonstrações contábeis” e clicar, operadora por operadora, para ter acesso às informações de cada uma sob forma de tabelas, para então copiá-las para uma planilha eletrônica, acumulá-las e iniciar a análise. O aplicativo fez este trabalho, trazendo automaticamente os dados disponíveis de

todas as operadoras de médio e grande porte (acima de 100 mil beneficiários) para este período, diretamente do sítio eletrônico.

Felizmente, houve grande melhoria na transparência das informações nos anos subseqüentes e, atualmente, as informações econômico-financeiras das operadoras (a partir de 2006) estão bem mais acessíveis e analíticas. Um problema ainda não solucionado é o fato de ainda serem encontradas algumas inconsistências entre os vários relatórios publicados pela ANS. Isto se deve ao fato de ser permitido o reprocessamento e retransmissão de dados das operadoras para o órgão regulador, sem existir um ponto de corte único para a elaboração e divulgação dos relatórios (anúários, atlas, caderno de informações de operadoras e de beneficiários, ANS Tabnet, entre outros). Em geral, estas diferenças não são significativas e, portanto, não impedem o avanço do trabalho. Atualmente, a reprodução deste estudo é bem factível, uma vez que a Agência passou a disponibilizar em seu portal informações bastante detalhadas e prontas para uso imediato, o que estimula a continuação das análises (exceto para beneficiários, cuja informação por operadora somente está disponível nos Anuários, em pdf).

Várias adaptações tiveram que ser efetuadas desde a primeira coleta de dados; os novos dados (a partir de 2005) foram tratados parcialmente e acumulados, gerando uma grande planilha de trabalho que permitiu a classificação das operadoras em ordem decrescente (*ranking*) pelo local de sua sede (dimensão Brasil e dimensão Rio de Janeiro). Este foi elaborado em duas versões: uma, a partir da quantidade de beneficiários da operadora e, a outra, a partir do volume de faturamento (em R\$) no período - representado pela conta “Contraprestações Efetivas”. Deste modo, foi possível considerar o *market share* sob os dois pontos de vista, o das quantidades vendidas (beneficiários) e o do valor das vendas (contraprestações). Esta metodologia absorve, ao mesmo tempo, as análises feitas pela ANS - em sua maioria em relação aos beneficiários - e as feitas por economistas da corrente evolucionária: RESENDE, MR e BOFF, H. (2002), estudiosos da Economia Industrial

mencionaram que o poder de mercado (empresa líder) assume forma aparente na participação da empresa neste (*market share*), à razão entre sua oferta e a oferta total do setor. KUPFER (2001) foi ainda mais explícito:

“Especial ênfase é conferida à evolução do market-share das empresas líderes, isto é, ao valor das receitas de cada empresa em relação à receita total da amostra. Como é estabelecido na literatura correlata, valores absolutos e variações do market-share das empresas podem ser interpretadas como indicadores de competitividade microeconômica em um determinado mercado. Nesse marco analítico, a competitividade é vista como um desempenho - a competitividade revelada, expressa justamente pela estrutura do market share e sua evolução no tempo” (KUPFER, 2001, p. 2, grifo nosso)

Por outro lado, o artigo 20 § 2º da lei nº 8.884/94¹⁹ diz que ocorre posição dominante quando uma empresa ou grupo de empresas controla parcela substancial de mercado relevante²⁰ como fornecedor, intermediário, adquirente ou financiador de um produto, serviço ou tecnologia a ele relativa. DERENGOWSKI (2003) já havia apresentado a dificuldade de determinação do mercado relevante para comparação entre empresas através do faturamento, o que suporta a opção da ANS de apurar o *market share* através do número de beneficiários.

A ANS tem utilizado medidas de concentração como o CR4 (Razão de Concentração 4) e o IHH (Índice de Concentração de Hirschman-Hefindahl), utilizando a variável Proxy "número de beneficiários" em vez do faturamento, pela dificuldade já mencionada. O CR4 mensura o poder das 4 maiores empresas do setor: quanto maior o CR4, maior é o poder de mercado da empresa em questão. O IHH avalia o impacto de uma fusão entre empresas, demonstrando o grau de concentração através da soma do *market share* das

¹⁹ Lei que transforma o CADE (Conselho Administrativo de Defesa Econômica) em Autarquia, que dispõe sobre a prevenção e a repressão às infrações contra a ordem econômica e dá outras providências.

²⁰ Definido como “espaço econômico definido em termos geográficos e de produto no qual algum poder de mercado tenha a possibilidade a priori de ser exercido” (POSSAS, 1996 *apud* OCKÉ-REIS, 2007)

empresas envolvidas no processo: quanto maior for o IHH pós-fusão, maior é o poder de mercado que a nova empresa vai ter em questão.

Cabe aqui ressaltar que, apesar de parcialmente limitadas à comercialização dentro da sua área de abrangência²¹, as cooperativas médicas são contratadas por empresas de atuação nacional - os empregados desta empresas, beneficiários do plano de saúde, podem estar espalhados por todo o país; este fato que permite a comparação com as demais modalidades de operação, ainda que com alguma limitação.

Finalmente, é importante frisar que são conhecidas, de imediato, algumas **limitações** da metodologia adotada:

- As informações econômico-financeiras completas das operadoras – exceto quanto às seguradoras, só passaram a ser de domínio público em meados de 2008, para demonstrações contábeis a partir de 2006.
- Através do clipping e do acesso aos portais corporativos (endereços eletrônicos) das operadoras de saúde foi possível identificar casos em que um grupo econômico continha mais de uma operadora de saúde em seu conglomerado. Tal informação não é transparente nos dados disponibilizados pela ANS. Por este motivo, o ranqueamento produzido com base em tais dados considerou as operadoras enquanto personalidades jurídicas distintas em vez de avaliá-las como grupos econômicos, como seria desejável.
- Foi necessário efetuar a compatibilização entre a terminologia contábil das seguradoras e a das demais operadoras para possibilitar a comparação entre os dados, tendo sido usada a seguinte correlação:

²¹ Esta pode variar desde um único município até um ou mais estados e é determinada pelo estatuto social da cooperativa.

Quadro 1 - Equivalência entre a nomenclatura contábil própria das seguradoras e a das demais modalidades de operação

SEGURADORAS ESPECIALIZADAS	DEMAIS MODALIDADES
Prêmios Ganhos	Contraprestações Efetivas
Sinistros Retidos	Eventos Indenizáveis
Lucro/ Prejuízo Líquido	Resultado Líquido
Despesas de Comercialização - Seguros	Despesas de Comercialização
Despesas Administrativas	Despesas Administrativas
Receitas Financeiras (+)	Resultado Financeiro Líquido e Resultado
Despesas Financeiras (-)	Patrimonial
Patrimônio Líquido	Patrimônio Líquido ou Social

Fonte: ANS (Plano de Contas). Elaboração Própria.

CAPÍTULO 1 - CARACTERÍSTICAS DO MERCADO DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE.

1.1. Aspectos Institucionais

Uma análise cuidadosa dos padrões de comportamento de agentes econômicos ao interagirem competitivamente no mercado não deve prescindir de uma apropriação do conhecimento a respeito do ambiente institucional em que estes se inserem (RESENDE e BOFF, 2002; POSSAS 2002; NELSON e WINTER 2005, PONDÉ, 2005).

Neste sentido, o mercado de planos privados de saúde é mesa farta, pois, decorridos 10 anos, vivencia-se um momento histórico de reflexão coletiva acerca dos impactos gerados pela implantação do que é considerado por todos os agentes envolvidos como seu marco regulatório: a criação da Lei de Regulamentação do Setor (Lei 9656/98 e subsidiárias), aliada à criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através da Lei 9961/00.

Não são unicamente as determinações de caráter legal os sítios a visitar com este intuito; também o conjunto de valores morais e crenças, além dos aspectos políticos e sociais que atravessam o ambiente têm seu lugar de destaque no contexto (PONDÉ, 2005).

1.1.1. Ambiente Institucional - Regulamentação

“Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, **sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade**” (Lei 9656/98 Art. 1º, grifo nosso)

A Lei dos Planos de Saúde (Lei 9656/98) e normas derivadas, assim como a Lei de Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Lei 9961/00) constituem um marco regulatório sem precedentes no setor privado de assistência à saúde: a regulamentação do setor (Lei 9656/98 e derivadas) definiu as modalidades de operação de planos; estabeleceu

barreiras de entrada, permanência e saída do mercado; ampliou a gama de procedimentos com cobertura mínima obrigatória; instituiu a padronização das informações trocadas no setor e criou mecanismos para avaliar a qualidade da assistência. Como todas as leis estão subordinadas à lei maior - a Constituição Federal - faz-se necessário fazer um contraponto entre as discussões específicas sobre o setor e as diretrizes globais emanadas pela mesma, para então descermos às leis infraconstitucionais, em seus detalhes.

Enquanto a Carta Magna define a importância da participação do Estado na saúde dos cidadãos (artigo 196) e destaca o interesse público das ações e serviços de saúde (artigo 197), observa-se que o poder público, através da Lei 9656/00, legitima a ANS, política e economicamente, para atuar com um objetivo específico e um escopo determinado:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988, grifos nossos)

“São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 1988, grifos nossos).

“A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. (BRASIL, 2000, grifo nosso).

A possibilidade de participação da iniciativa privada na saúde é abordada no artigo 199 de forma ampla: “*A assistência à saúde é livre à iniciativa privada*”. A delimitação é feita no parágrafo primeiro, retomando a questão do interesse público. Adicione-se a isto a diretriz estabelecida no Art. 174. da Constituição, quanto ao fomento ao subsector cooperativista no mercado privado:

“Art. 199. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.” (BRASIL, 2008, grifos nossos)

“Art. 174. Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado. § 2º. A lei apoiará e estimulará o cooperativismo e outras formas de associativismo (BRASIL, 1988, grifos nossos)

É neste ambiente que se insere a modalidade de cooperativa médica, ramo especializado do movimento cooperativista, que está regulamentado pela Lei 5764/71²², que descreve com precisão as características societárias, administrativas e econômico-financeiras deste tipo de sociedade. Os seus aspectos contraditórios são discutidos no Capítulo 2, juntamente com os aspectos históricos das cooperativas.

O processo de formação do ambiente institucional do mercado de planos de saúde inicia-se com a instituição do CONSU - Conselho de Saúde Suplementar, órgão colegiado deliberativo, composto pelos Ministros de Estado da Saúde, Fazenda e da Justiça, além do Superintendente da SUSEP, do Secretário de Assistência à Saúde e do Secretário de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, de natureza permanente, que foi criado pela Lei n.º 9656/98. Sua finalidade de atuação é a definição, regulamentação e controle das ações relacionadas com a prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico. Foi deste órgão a responsabilidade de elaboração da regulamentação complementar à Lei 9656/98, que antecedeu a criação da ANS, em 2000. Com a criação da ANS, o CONSU se afastou de tais atribuições, apesar de não ter sido oficialmente dissolvido. Outra instituição relevante neste ambiente é a Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo, que é suplementar para o entendimento das questões e formação de opinião dos

²² Resultante das alterações ocorridas no Decreto Lei 59/66 e Decreto 22239/89

membros do CONSU. Composto por 48 membros titulares representantes de entidades de profissionais de saúde, o órgão inclui a comunidade científica da área de saúde, representantes do governo, de entidades de prestadores de serviços de saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e de entidades empresariais com atividade na área de saúde, estando em atividade até os dias atuais.

A ANS, autarquia federal sob o regime especial²³, vinculada ao Ministério da Saúde, constituída em 2000 (Lei 9961/00) para ser um órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantir a assistência suplementar à saúde, tem emitido uma série de normas para o mercado neste período. A necessidade de um controle mais efetivo sobre as organizações sob sua jurisdição levou a agência reguladora a aumentar exponencialmente o conjunto de regras do setor. Foram emitidas várias normas, cada qual retificando ou aumentando a complexidade da anterior. O quadro abaixo reúne o levantamento obtido diretamente do portal da ANS com a lista da regulamentação já emitida para este mercado, incluindo as de instâncias superiores à ANS. A informação, no entanto, ainda é incompleta, porque já é possível perceber a ausência das Instruções Normativas (que definem as regras operacionais – forma de aplicação das leis e resoluções), frequentemente alteradas neste período e de conteúdo bastante complexo.

²³ A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes (Lei 9961/00)

Tabela 1: Quantidade de normativos expedidos no âmbito da saúde suplementar. Brasil, 1998-2009.

TIPO DE NORMA	QUANTIDADE
Comunicado	1
Lei	2
Portaria	2
Resolução de Diretoria Colegiada (RDC)	91
Resolução Normativa (RN)	90
Resolução Operacional (RO)	634
Súmula Normativa	13
TOTAL	833

Fonte: ANS. Elaboração própria

Para facilitar o controle sobre as atividades das operadoras, a ANS criou vários mecanismos regulatórios e, paralelamente, realizou diversos seminários educativos, abrindo instâncias de participação (comitês intersetoriais, fóruns, consultas públicas, entre outras), a fim de legitimar suas atividades. As políticas mais relevantes adotadas nestes 10 anos de regulação podem ser elencadas a seguir:

1.1.1.2. Barreiras de Entrada

1.1.1.2.1. Instrumentos formais para concessão de autorização para funcionamento

Tais instrumentos incluem o registro de operadora, o registro de produto e do plano de negócio. Estes são estudados e aprovados (ou não) pela agência que, entretanto, fornece um registro provisório. Esta barreira de entrada é destacada por NITÃO (2004) ao remeter-se ao início do período regulatório, quando a ANS estipulou que, para participar do mercado regulado, as empresas deveriam solicitar o registro provisório (à ANS - e à SUSEP²⁴). Também é mencionada a exigência de comprovação da capacidade para manter-se em operação (através da incorporação das garantias financeiras estipuladas na RDC 77/ 01 - modificada pelas 159 e 160, atualmente em vigor). Exemplos destas exigências são o capital mínimo, a provisão de risco, a margem de solvência e a provisão para eventos ocorridos e não avisados. Um tratamento diferenciado foi dado às operadoras que já funcionavam antes da

²⁴ Em função da gestão dupla da ANS pelo Ministério da Saúde e Ministério da Fazenda, à época.

norma, beneficiadas com um prazo de diferimento (tempo para a constituição) de 6 anos que agora, às vésperas de expirar, vem gerando intenso desconforto, conforme publicado na imprensa:

“Operadoras de saúde não provam liquidez - Metade das empresas do setor, pequenas e médias, que respondem por 17% dos beneficiários, (ainda) não entregou dados à agência de saúde²⁵” (Folha de São Paulo, 04/07/07, seção dinheiro)

É a chamada “regulação prudencial”, cuja diretriz é manter em atividade no setor apenas as empresas sólidas sob o ponto de vista econômico-financeiro. Ela é necessária para a garantia da prestação dos serviços aos beneficiários, sem interrupções inesperadas. Alguns discordam desta estratégia adotada pela ANS, como é o caso de Arlindo Almeida, presidente da ABRAMGE, que nesta reportagem demonstra uma grande preocupação com o fim da capilaridade do sistema.

1.1.1.3. Barreiras de Permanência

1.1.1.3.1. Rol de Procedimentos (atual: RN 167)

Estipula as coberturas mínimas obrigatórias e é composto da descrição dos procedimentos. Pode levar as operadoras a pesadas multas (da ANS) e ações judiciais (dos possuidores de planos), caso não seja devidamente observado. Tem trazido dificuldades operacionais com relação a pagamentos: seu texto precisa ser “traduzido” em equivalentes (códigos) da Tabelas de Procedimentos normalmente utilizadas para a cobrança dos honorários médicos²⁶, gerando contestações em alguns casos.

1.1.1.3.2. Instrumentos formais de coleta de informações

²⁵ Refere-se à comprovação da constituição das garantias

²⁶ Na verdade, por não fazer parte de uma lógica que se queira preservar (o pagamento por procedimento leva a fraudes ou à realização de procedimentos desnecessários), havia inicialmente apenas movimentos parciais da ANS em direção à solução definitiva deste problema (conversão de textos em códigos de pagamento), onerando a operadora. Felizmente a idéia de uma tabela única de pagamento aos prestadores (TUSS) está bastante adiantada e em vias de implantação, o que certamente facilitará as transações entre as operadoras e seus prestadores.

A operadora fica sujeita a sanções pecuniárias em caso de irregularidade ou inconsistência nos dados enviados. A ANS iniciou esta jornada disponibilizando aplicativos para download, onde os dados das operações deveriam ser inseridos e então transmitidos eletronicamente à agência. A estes aplicativos foram paulatinamente sendo agregadas críticas, ao mesmo tempo em que se desenvolveram mecanismos de integração entre eles, facilitando a tarefa de fiscalização. Exemplos destes aplicativos são o **SIP** – atual RN 167 (sobre os eventos de saúde), o **SIB** – atual IN DIDES 35 (cadastro de beneficiários), o **DIOPS** (informações econômico-financeiras). O **RPS/ ARPS** – atual IN DIPRO 15 (contém informações sobre a rede prestadora vinculada aos produtos ofertados e é um instrumento de verificação de suficiência de rede, e permite o controle sobre suas alterações como substituições e redimensionamentos (redução de rede, descredenciamentos). Tem sido um importante instrumento de auxílio na elaboração do **Guia de Produtos**, cujo objetivo é facilitar o acesso a informações sobre os mesmos para o futuro usuário, viabilizando a **portabilidade** (transferência para planos de outras operadoras, sem carências).

Este conjunto de exigências trouxe inúmeras necessidades de adaptação dos sistemas de informação das operadoras, de maneira que não restou outra opção que não a reformulação de seu parque tecnológico – incluindo a contratação e treinamento de pessoal especializado – em função do grande e complexo volume de informações. Esta pode ser uma das explicações para o aumento observado nas despesas administrativas das operadoras, identificados durante as análises efetuadas. Por outro lado, tal exigência permitiu que as operadoras passassem a conhecer melhor as características de sua carteira, fomentando a gestão. Este movimento culminou com a implementação da padronização das trocas de informação, **TISS** (Troca de Informações em Saúde Suplementar) e a futura adoção da **TUSS** (Tabela Unificada da Saúde Suplementar – em fase de implantação) para as relações entre as operadoras e seus prestadores de serviços.

1.1.1.3.3. Monitoramento de rede

Movimento que se baseia na avaliação da qualidade e suficiência da rede prestadora. É uma exigência do contrato de gestão que a ANS possui como Ministério da Saúde. Foi divulgado que a ANS utiliza as dimensões de análise de dispersão de prestadores, disponibilidade de serviços, produção de procedimentos e qualidade da operação para fazer este monitoramento, mas estes critérios não são transparentes para o mercado.

“o problema é que hoje não há parâmetros claros para medir qual deve ser a proporção entre usuário e rede de atendimento em um plano de saúde. Nem mesmo a ANS sabe dizer se a proporção é adequada”. Na época, Ceres Albuquerque, gerente geral de informações e sistemas da ANS, deu a seguinte declaração: ‘ hoje não se sabe qual seria a quantidade ideal de leitos para atender a contento toda a rede de usuários de planos de saúde’ (Jornal da Tarde, 14/06/09 – capa - A12)

Na verdade, o Ministério da Saúde, em 2002, definiu com detalhes os parâmetros para planejamento em saúde pública, especificamente quanto ao dimensionamento da rede prestadora, através da Portaria GM 1.001/02. Não se sabe se este trabalho da ANS está sendo feito a partir destes parâmetros iniciais, adaptando-os ao mercado de planos privados de saúde.

1.1.1.3.4. Novas exigências de garantias financeiras

A ANS reproduz as relações de produção no setor por uma lógica capitalista, à semelhança do que existe no mercado de capitais. Este modelo estabelece a preocupação primeira de garantir a solvência das organizações, baseando-se nos moldes já existente para o mercado segurador - o que não deixa de ser importante, para prevenir a quebra do atendimento dos clientes. Caracteriza mais uma regra que determina quem tem condições de permanecer operando no sistema. Acredita-se que muitas operadoras sairão do mercado por não terem condições de atender a estas exigências, tendo suas carteiras oferecidas às demais operadoras, favorecendo o processo de concentração. São exemplos de exigências:

Os **Ativos Garantidores** (através da RN 159) têm como objetivo garantir a LIQUIDEZ²⁷ - garantir o pagamento de compromissos nos devidos prazos. É determinada a indisponibilidade transitória de uma parte recursos de mais alta liquidez, que são alocados segundo uma diversificação estipulada pela ANS. Um exemplo é o ativo “aplicações financeiras”. Isto, de certa forma, engessa parcialmente a administração da operadora quanto à gestão do fluxo de caixa. É operacionalizada pela vinculação do ativo à Agência. A princípio os imóveis próprios - incluindo os hospitalares - também entram na composição destes ativos, mas já existe uma discussão no sentido de não aceitá-los em garantia, pelo fato de que estes não estão isentos de riscos, além de não serem de liquidez imediata, que é o principal objetivo da medida.

O **conservadorismo** (através da RN 160) é a postura adotada para garantir a SOLIDEZ das organizações. Inclui as regras de recursos próprios (como o PMA e a Margem de Solvência²⁸), regras de operação (Provisão para Dependência Operacional²⁹) e a constituição de Provisões Técnicas (Provisão de Risco³⁰, PEONA³¹, Provisão de Remissão³², entre outras). As provisões são mais uma forma de retenção de capital dentro da organização, tanto por impedir sua distribuição sob a forma de lucros ou sobras³³, quanto por determinarem o montante de ativos que estarão vinculados como “garantidores”, como mencionado anteriormente. Dependendo da situação, podem ter sua metodologia de cálculo diferenciada (se aprovada pela ANS) em função das especificidades da carteira

1.1.1.3.5. Controle de reajustes de preços

²⁷ Propriedade de um ativo que quantifica a facilidade de conversão deste em moeda (quanto maior a liquidez, maior é a facilidade de trocar este ativo por dinheiro)

²⁸ Relação entre faturamento e patrimônio, ou custos assistenciais e patrimônio

²⁹ Seria uma reserva de disponibilidades para fazer face à para a diferença entre o prazo médio de pagamento ao fornecedor e o prazo médio de recebimento das contraprestações

³⁰ Própria do ramo do seguro, de base atuarial

³¹ Provisão para eventos ocorridos e não realizados (constituem obrigações certas – os atendimentos já ocorreram – mas não avisadas – os prestadores ainda não enviaram a cobrança)

³² Eventos a pagar sem relação com geração de receita (ex.: benefícios família – por morte do titular)

³³ Já que exige lançamentos contábeis que diminuem o lucro das empresas e criam obrigações

No caso dos planos particulares, é operacionalizado através da delimitação de um teto máximo de aplicação de reajuste. No caso dos planos coletivos, em vez de controle, há apenas um monitoramento (a operadora apenas informa o resultado da livre negociação com o contratante).

1.1.1.3.6. Qualificação da saúde suplementar

A ANS instituiu um sistema de ranqueamento (classificação descendente) que pressupõe a apuração de um índice de eficiência operacional (**IDSS**), com 4 dimensões, compostas por indicadores específicos. As dimensões são a de atenção à saúde, a de estrutura e operação, a econômico-financeira e a de satisfação do beneficiário. Os pesos atribuídos são diferenciados (50% para saúde, 30% para o econômico-financeiro e 10 % para cada um dos 2 restantes) e é prevista a publicização dos resultados, de forma gradual. A agência já iniciou pela divulgação dos resultados por modalidade e agora está na fase de individualização, com divulgação do indicador de cada operadora, porém ainda em esquema de faixas (5 faixas de “notas”). Algumas operadoras pleiteiam mudanças nos parâmetros adotados para o estabelecimento das metas de cada indicador selecionado para acompanhamento. Estes indicadores, em sua maioria, são derivados dos mecanismos de captura das informações que geram o SIP, o SIB e o DIOPS, o que permite à ANS um cruzamento de informações e sua validação parcial. Embutem estímulos às atividades de **promoção de saúde e prevenção de doenças**, utilizando-se do mecanismo de diferimento das despesas³⁴ com os projetos aprovados por ela, na dependência do alcance das metas propostas

1.1.1.4. Barreiras de Saída

1.1.1.4.1. Os regimes de **Direção Fiscal e Técnica**, a **Liquidação Extrajudicial** e a determinação da **Alienação Compulsória de Carteiras** são mecanismos de intervenção do poder público sobre as instituições. São aplicados sobre nos casos de suspeita sobre a falta de

³⁴ Significa registrar a despesa não como um valor que diminui o resultado das operações, mas sim um INVESTIMENTO (ativo), já que retornará em diminuição do custo assistencial. Assim, o reconhecimento da despesa ocorre de forma parcelada, pelo prazo autorizado pela ANS. (manobra contábil)

capacidade de gestão do negócio (direção técnica) ou de manutenção de sua saúde econômico-financeira (direção fiscal). Podem ou não evoluir para a liquidação extrajudicial (não existe falência neste mercado), levando à oferta da carteira de clientes da operadora em leilão específico.

1.1.2. Arranjos Institucionais – as organizações

O que se observa na prática, em termos de arranjos institucionais, é o quadro definido pela ANS: as operadoras encontram-se classificadas em oito modalidades, cada uma delas representada por uma estrutura societária específica, variando na lógica e na estratégia de atuação. Distribuídas entre tais modalidades, encontramos desde entidades “sem fins lucrativos” – onde se classificam as autogestões, filantropias e cooperativas médicas (com ou sem rede própria), até instituições financeiras que operam seguros-saúde na modalidade de reembolso (com ou sem rede credenciada); há também operadoras que somente administram planos (não possuem carteira de beneficiários nem rede de prestadores).

No entanto, a ANS não é a única instituição que exerce algum tipo de influência com relação às relações entre as operadoras de saúde e seus diversos públicos (fornecedores de produtos, clientes, cooperados e prestadores de serviços em geral, entre outros). Outros organismos a serem lembrados para fins de descrição do ambiente institucional são: o Judiciário, pelo poder deliberatório sobre os contratos; os órgãos de defesa do consumidor e da concorrência (PROCON, IDEC, CADE), pela vigilância que culmina com pressões junto ao órgão regulador e ao judiciário, as associações de usuários, que formam grupos de pacientes necessitados de tratamentos especiais lutando para serem atendidos plenamente (ainda que haja discordância sobre a obrigatoriedade de cobertura contratual); as comissões representativas das operadoras - como ABRAMGE, UNIDAS, UNIMED do BRASIL, FENASEG - e dos prestadores de serviços – como a FBH, os órgãos representativos de classes, como AMB, CRM, Sociedades de Especialidades, Sindicato entre outros.

As características específicas das organizações que atuam neste mercado foram definidas detalhadamente pela RDC nº 39 de 27/10/2000, agrupando as operadoras de planos de saúde em 7 modalidades - anteriormente denominadas pelo mercado de “estratos” (GUERRA, 1998): Administradora, Cooperativa Médica, Cooperativa Odontológica, Autogestão, Medicina de Grupo, Odontologia de Grupo e Filantropia. A **Lei 10.185 de 12/02/01**, em seu artigo 2º instituiu a modalidade Seguradora Especializada em Saúde, de forma a incluir as seguradoras que comercializam exclusivamente planos de saúde no conjunto de operadoras de saúde.

O caso das autogestões é particularmente interessante, normalmente consideradas operadoras que não pertencem ao segmento competitivo das modalidades de operação de planos de saúde, como descrito no trecho a seguir “... *um subsegmento não comercial do mercado de planos de seguros*”. (BAHIA, 2001, 332). No entanto, parece razoável avaliar o assunto sob outra perspectiva: sim, as autogestões seriam concorrentes efetivas das demais modalidades porque, ao aceitarem a inclusão de agregados e dependentes, retiram-nos do mercado potencial interessado em comprar os planos de saúde comercializados pelas demais modalidades. Se assim fosse avaliado, o tratamento diferencial da ANS³⁵ à modalidade representaria uma grande vantagem competitiva em relação às demais. À exceção das autogestões, as regras aplicadas no setor não se aplicam de modo diferenciado para cada modalidade, o que torna possível a despersonalização (perda de identidade) destas. Do que foi relatado, aventa-se a hipótese de que tal regulamentação intensiva tenha levado as operadoras a comportamentos reativos uniformes nos moldes inovação-imitação mencionados anteriormente, culminando com a geração de linhas estratégicas similares de atuação. Por se

³⁵ As autogestões são beneficiadas de várias formas pela ANS: estão desobrigadas a oferecer o “plano-referência” (Lei 9656/98 artigo 10 § 3º. Vide detalhes no glossário); têm regras mais suaves para cumprimento das garantias financeiras e patrimoniais (podem declarar os dados de seu mantenedor - RN 159); têm assegurado o direito de diferimento do prazo para constituição das reservas obrigatórias (6 a 10 anos – RN 160) e somente a partir de 2007 é que passaram a ser obrigadas a encaminhar à ANS (como o fazem todas as outras) suas demonstrações financeiras, para acompanhamento.

tratar de organizações bastante diversas, em teoria, das demais, é interessante efetuar a comparação entre as estratégias adotadas pelas cooperativas em relação às demais modalidades. A descrição encontra-se no decorrer deste capítulo.

1.2. Aspectos Sócio-Econômicos - dimensões

O entendimento a respeito do ambiente institucional que circunda as operadoras de planos de saúde foi necessário para possibilitar um melhor julgamento a respeito do padrão de concorrência vigente e das mudanças observadas durante os anos 2000, em comparação aos períodos anteriores, por locais e anos selecionados. Da mesma forma, uma descrição das características globais deste mercado é necessária para a apresentação das especificidades do cooperativismo médico em relação às demais modalidades concorrentes e avaliar como este tem se comportado estrategicamente, em função da realidade que se lhe é apresentada. Na verdade, esta é uma tarefa árdua, pois é preciso fazer um recorte específico deste mercado para que possam ser minimizados os riscos de generalização de características específicas de determinadas regiões, modalidades e produtos (entre outros), o que nem sempre é facilmente delimitável:

“Dupla intermediação, pública e privada... localização dos atores... país de dimensões continentais... grande diferenciação... de densidade demográfica, renda, cultura e qualidade de vida... regiões com grande concentração de equipamentos, instalações e serviços, e outras com grande escassez - e até inexistência - desses fatores... agravados... pela ocorrência de graves disparidades de... renda e condições de vida e moradia... Se se (*SIC*) aceita que o mercado deve ser definido ‘por um grupo de mercadorias que são substitutas próximas entre si’ e não por qualquer outro critério, não há como recusar a idéia de que não há nem produto homogêneo... nem um mercado único de planos de saúde, mas sim vários mercados. (TEIXEIRA, 2001, p. 17-18)

Alguns aspectos observados merecem destaque e são apresentados como resultados, de maneira a possibilitar a caracterização da estrutura deste mercado e o padrão de competição existente no setor.

1.2.1. Produto

Além de caracterizar a estrutura de mercado, para discutir o padrão de competição presente, é necessário levar em consideração a natureza do produto (POSSAS, 1990), neste caso, os planos de saúde.

Apesar da tentativa da regulamentação de homogeneizar os produtos ofertados (SICSU, 2002), perceptível pelas próprias regras de cobertura, pelo controle de reajustes de preços e pela exigência de oferecimento do Plano Referência a todos os beneficiários como primeira opção de escolha, as operadoras vêm investindo na diferenciação de seus produtos, oferecendo serviços não obrigatórios como opcionais ou vantagens. O investimento em propaganda e marketing também cumpre este papel, na medida em que torna a marca um motivo de decisão relevante na hora do beneficiário selecionar o produto.

Não obstante, como o principal nicho em disputa é o segmento corporativo (já o era desde a década de 90, como salientaram ANDREAZZI e KORNIS (2003b), ainda é possível observar as operadoras esforçando-se para inovar e diferenciar seus produtos. Enquanto o órgão regulador edita normas de cobertura mínima – permanentemente ampliadas - na verdade o que se vê no mercado é um pluralismo de produtos ofertados. Normalmente a maior diferença entre os produtos é relacionada à rede prestadora e à área de abrangência. A própria agência classifica o produto de várias formas (inclusive por segmentação), confirmando nossa avaliação de que se trata de um produto heterogêneo: pela forma de contratação (individual ou familiar, coletivo com patrocinador ou coletivo sem patrocinador); pela data da assinatura (novo – após a Lei ou adaptado/antigo); pelo tipo de cobertura assistencial (por segmento: ambulatorial, hospitalar – com ou sem obstetrícia – ou odontológico); pela abrangência geográfica (municipal, estadual ou nacional) e conforme a organização da rede de serviços (própria, conveniada ou contratada).

OCKÉ-REIS et al (2006) destacaram que a própria natureza plural da demanda – já discutida anteriormente por TEIXEIRA (2001) - colaboraria para a existência de um padrão de competição por diferenciação, prevalente em relação à competição em preços, uma vez que as várias e diferentes necessidades do (s) mercado (s) levariam à oferta de produtos heterogêneos:

“Vale dizer, dada a estratégia de diferenciação (*de produtos*), esses contratos podem até ser agrupados e demarcados por grandes segmentos (ambulatorial, hospitalar, etc), mas os planos são facilmente transformados em um novo produto, facilitando a remarcação de seus preços, dentro de certos limites do jogo do mercado.” (OCKÉ-REIS, 2006)

SICSU (2002) demonstrou que até mesmo empresários do ramo específico de “seguro-saúde” valorizam a diferenciação de seus produtos como estratégia de conduta para captar mais segurados e manter seu ganho.

1.2.2. Beneficiários

A análise da evolução da distribuição dos beneficiários do mercado durante os anos 2000, em relação ao período pré-regulatório, é bastante prejudicada pela inexistência, à época, de um único órgão responsável pela centralização das informações do setor privado de saúde. Os autores que procuraram dimensionar o universo de usuários, historicamente, construíram tais dados recolhendo informações obtidas em fóruns e seminários em que as entidades representativas³⁶ de cada estrato³⁷ apresentavam seus indicadores, separadamente, como no caso dos trabalhos de GUERRA (1998); DINIZ (1997); PEREIRA FILHO (1997) ANDREAZZI & KORNIS (2003a); DERENGOWSKY (2003), PINTO (2004) e NITÃO (2004). Vale lembrar que cada uma destas entidades representativa já possuía seus próprios problemas quanto à reunião (centralização) dos dados de seus próprios associados.

³⁶ Para as medicinas de grupo, a representação seria feita pela ABRAMGE; para as autogestões, a princípio pela ABRASPE e CIEFAS que, ao se juntarem, formaram a UNIDAS, sua representante atual; para as cooperativas, a Confederação das Unimed (Unimed do Brasil), para as seguradoras, a FENASEG e assim por diante.

³⁷ Termo análogo à atual denominação “modalidade” de atuação das operadoras

O **Quadro 2** apresenta os dados dos autores que buscaram fazer este levantamento e sugere um risco na avaliação do aumento do número de beneficiários exclusivamente a partir dos dados da ANS: na passagem do período não regulamentado para o regulamentado houve uma queda média de 30% no número de beneficiários; além disso, é de se estranhar o fato de que, ao final de 2008, o número de beneficiários seja o mesmo que consta em 1997 (!!!). É possível que tenha sido contabilizado um valor inferior ao real no início das atividades da ANS, em função das operadoras terem enviado arquivos incompletos, defasados ou inconsistentes, seguido de uma melhora progressiva a partir de então, culminando com dados mais confiáveis ao final do período. Mesmo assim, o fato de, em 2008, o número de beneficiários ser igual ao levantado em 1997 por PEREIRA FILHO (1997), bastante próximo dos dados de GUERRA (1998) e ANDREAZZI & KORNIS (2003a) sugere que se deva utilizar esta informação com cautela.

Consta ainda, na tese de NITÃO (2004) a informação de que em junho de 2003 existiam registrados na ANS 36,7 milhões de usuários, o que não está traduzido nos dados do quadro acima. A autora comentou em sua tese que 7 das 17 operadoras submetidas à liquidação extrajudicial entre 2000 e 2003 simplesmente nunca haviam fornecido dados sobre seu cadastro de beneficiários à ANS, numa demonstração global, inclusive do órgão regulador, da difícil tarefa que é agrupar informações de todos os agentes regulados a fim de proceder a estudos estatísticos.

O que torna mais estranha a divergência é que esta deveria dar-se em sentido contrário, isto é, os dados da ANS deveriam estar superestimados, já que em seus informativos são considerados os números de vínculos, em vez do número de possuidores de planos (ver detalhes a seguir).

As diferenças entre as publicações da ANS (observadas no quadro anterior) podem corresponder a bases de dados diferentes (preliminares, por exemplo) enviados pelas

operadoras, já que é possível às mesmas (com um determinado prazo de tolerância) proceder ao reprocessamento e reenvio de informações, gerando uma superposição direta nos bancos de dados da ANS. No entanto, como se pode observar, em geral estas diferenças não são significativas.

Quadro 2 - Quantidade de usuários de planos e seguros-saúde (em milhares), segundo os diversos autores. Brasil, 1987-2008

ANO	GUERRA (1998)	DINIZ (1997)	PEREIRA FILHO (1997)	ANDREAZZI (2003)	DERENGOWSKI (2003)	DUARTE (2003)	PINTO (*) (2004)	ANS	
								Tabnet (Julho/2009)	Caderno de Informação de Beneficiários (edição março/2009)
1987	22,4	22,4		24,4					
1988									
1989	30,0	31,1		31,1					
1990									
1991		28,5		28,5					
1992	32,0	32,2		32,0					
1993		34,4		-					
1994	34,0			34,4					
1995		39,0		35,0					
1996	41,0			41,0					
1997			41,3	-					
1998				38,7					
1999				48,5	41,5				
2000				-		29,8	22,1	30,7	30,7
2001							26,6	31,2	31,2
2002					35,0		30,4	31,1	31,1
2003								31,4	31,4
2004								33,5	33,5
2005								35,2	35,2
2006								37,1	37,1
2007								39,0	39,0
2008								41,3	40,9

Fonte: Autores mencionados

(*) O autor utiliza-se da PNAD 2004 e informa a quantidade de **possuidores de planos**

Importante salientar que o termo beneficiário, amplamente utilizado na atualidade e base para apresentação das estatísticas da ANS, não guarda relação com o indivíduo, mas

sim com a quantidade de vínculos (contratos; produtos) que o sujeito tem: por exemplo, uma esposa pode ter o plano de saúde contratado pela empresa em que trabalha - como titular – e ser, ao mesmo tempo, uma dependente, no plano do marido. Partindo da hipótese que ambos fossem planos regionais e básicos, sem custo ou de pequeno valor de contribuição, seria possível que eles resolvessem contratar um terceiro plano - familiar, de abrangência nacional, por exemplo - para poder desfrutar de uma rede de prestadores mais qualificada e ampla. Neste caso estamos falando de 2 pessoas e 6 vínculos: 3 vínculos para cada um (no coletivo, 1 vínculo como titular e 1 como dependente + 1 vínculo como titular ou dependente no plano familiar). Sem mencionar que não detalhamos se são planos contratados de operadoras da mesma modalidade ou não. Há ainda a possibilidade de que estes mesmos indivíduos possuam endereços diferentes cadastrados para cada vínculo, por serem com operadoras diferentes (no caso de planos coletivos, é possível que seja informado pela operadora o endereço da empresa contratante, em vez do endereço do próprio beneficiário, apesar de não ser esta a regra determinada pela ANS). Conclusão: três ‘beneficiários’ poderiam corresponder a um único indivíduo, portador de 3 planos, em operadoras diferentes, inclusive quanto à modalidade de operação e distribuído em 3 áreas geográficas diferentes (!). Em casos como este, há o risco de ocorrer um viés de aferição: como um indivíduo pode ter vários vínculos a planos de saúde diferentes, a quantidade de beneficiários do sistema suplementar não representa a quantidade de pessoas que possuem plano de saúde e nem identifica em que proporção isto ocorre, inclusive quanto a planos de modalidades diferentes de operadoras. É uma superposição de dados não apurada, pouco precisa para análise de taxas de cobertura por localidade que utilizem como base comparativa dados da população residente presente nos informes oficiais (IBGE, DATASUS, PNAD) e, quando utilizadas, podem levar a distorções nas interpretações demográficas e epidemiológicas que possam se seguir ao uso desta variável.

Exceto o trabalho de PINTO (2003), não foi localizado nenhum outro que tenha se atido à questão. O autor, estatístico, já havia feito esta ressalva ao estudar acesso e a cobertura da população brasileira por localidade, no período 2000-2002. Neste estudo, ele se preocupou em ajustar os dados levantados utilizando-se de fatores de correção³⁸. Infelizmente, o período não foi bastante abrangente e o trabalho não foi reproduzido por outros autores. Com base nos atuais informes da ANS, anda não é possível estimar os impactos deste desvio sobre as análises de taxa de cobertura, suficiência de rede e utilização dos serviços de saúde - até mesmo as avaliações epidemiológicas, pois todas estariam afetadas pela variável. Acredita-se que este tipo de ajuste possa retornar informação útil para todos os atores do setor, contribuindo para identificar possíveis necessidades de revisão, tanto nas políticas regulatórias quanto nas práticas comerciais e de gestão de saúde do setor³⁹. No **Quadro 3** é feita uma comparação entre os resultados apresentados por PINTO (2003) e aqueles obtidos através da coleta de dados das operadoras, feito pela ANS; são constatadas desproporções significativas – cerca de 40% de diferença nos dados de 2000, o que é preocupante:

Quadro 3 - População residente, beneficiários e possuidores de planos de saúde, segundo os autores, em milhares. Brasil, 2000.

Localização Geográfica	População Residente (1) (2)	Beneficiários de Planos de Saúde (1)	Pessoas com Planos de Saúde (2)	Razão Beneficiários/ Pessoas (*)
Brasil	169,8	30,7	22,1	1,39
Região Sudeste	72,4	21,9	15,8	1,39
Estado do Rio de Janeiro	14,4	3,8	2,8	1,36
Rio de Janeiro - Capital	5,9	2,5	2,0	1,25

Fontes: (1) ANS TabNet - fonte: Datasus; (2) Pinto (2004) - fonte: IBGE, ajustado por um fator de correção; (*) valor

³⁸ Segundo o autor, foi necessário um ajuste utilizando uma variável de correção constante do suplemento especial da PNAD 1998 (variável 21, bloco 13)

³⁹ A possibilidade de múltiplos vínculos de pessoas a planos de saúde diferentes, afeta inclusive a aferição da responsabilidade de ressarcimento ao SUS da utilização dos clientes do setor privado. Este seria um levantamento importante e viável para agência, já que ela reúne os cadastros do mercado e teria condições de cruzar as informações e divulgar os resultados, de forma transparente

Sendo assim, para fins deste estudo sobre o mercado, considera-se que as análises aprofundadas com base em dados do cadastro de beneficiários das operadoras até 2005 podem ser consideradas arriscadas, pois a informação existente nos bancos de dados da ANS (encaminhadas pelas operadoras) continha inconsistências já conhecidas. Como exemplo, cita-se o problema da distinção dos beneficiários em relação aos tipos de contratação do plano: ao final de dez/2000, quase 50% dos contratos estavam entre os “não informados”, provavelmente por se tratarem de contratos anteriores à regulamentação do setor (**Tabela 2**). Talvez este seja um indicativo do motivo que levou a ANS a divulgar as informações específicas sobre quantidade de beneficiários por operadora somente a partir de 2005 (inclusive). Considerando o exposto acima, as avaliações comparativas (quanto a beneficiários) serão feitas principalmente para o período entre 2005 e 2008.

Tabela 2: Beneficiários de planos de saúde, por cobertura assistencial e tipo de contratação do plano, segundo época de contratação do plano e competência, em milhares e em %. Brasil,2000-2008.

Época de contratação do plano	Assistência médica com ou sem odontologia								
	Total			Coletivo		Individual		Não informado	
	Qtde	Variação		Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%
		Qtde	%						
dez/00	30.692	-	-	10.883	35,5	5.216	17,0	14.593	47,5
dez/01	31.154	461	1,5%	13.281	42,6	6.091	19,6	11.781	37,8
dez/02	31.130	(24)	-0,1%	15.741	50,6	6.612	21,2	8.776	28,2
dez/03	31.424	294	0,9%	19.018	60,5	7.281	23,2	5.125	16,3
dez/04	33.444	2.020	6,4%	22.236	66,5	7.866	23,5	3.343	10,0
dez/05	35.220	1.776	5,3%	24.367	69,2	8.229	23,4	2.624	7,5
dez/06	37.106	1.886	5,4%	26.329	71,0	8.440	22,7	2.337	6,3
dez/07	38.995	1.889	5,1%	28.182	72,3	8.562	22,0	2.251	5,8
dez/08	40.911	1.916	4,9%	30.263	74,0	8.490	20,8	2.158	5,3

Fonte: ANS – Caderno de Informação de Beneficiários – edição mar/09

Felizmente, com o evoluir da regulamentação – e da fiscalização - houve uma grande melhoria na precisão dos dados, a ponto da quantidade de “não informados” cair de 50% (em 2000) para 10%, (ao final de 2004), fechando em apenas 5% (ao final de 2008), sendo estes últimos todos referentes a contratos não regulamentados, ratificando a hipótese

anteriormente levantada. Assim sendo, acredita-se que a prevalência de contratos coletivos sobre os individuais esteja realmente próxima de 74% ao final de 2008, como consta da tabela. Este cenário não difere significativamente do da década anterior, principalmente em relação às seguradoras, para as quais a opção por negociar contratos coletivos é prioridade (SICSU, 2002; ANDREAZZI & KORNIS, 2003b). Reitera-se que, considerando que a maioria das informações relativas ao período pré-regulatório dava conta de algo em torno de 41 milhões de usuários, seguida de uma queda brusca em 2000, quando foi criada a ANS (ver **Quadro 2**, já apresentado), questiona-se a validade da afirmação de que houve um aumento significativo do número de beneficiários no período; é possível que o fato seja decorrente apenas da melhoria da qualidade da informação. Um aspecto preocupante neste cenário de mercado por tipo de contrato (coletivo X individual e familiar) é que o órgão regulador, até o momento, somente controla os preços dos planos individuais e familiares. Por controle, entenda-se a estipulação de um teto máximo de variação, válido apenas para contratos celebrados a partir da regulamentação (OCKÉ-REIS, 2007). No caso dos planos coletivos, os reajustes são consensados entre as partes, sendo monitorados à distância com base nos informes das operadoras, com regulação ex-post. A justificativa da ANS para esta diretriz seria a maior vulnerabilidade do consumidor individual/ familiar, em função da assimetria de informações⁴⁰ e de seu baixo poder de negociação. Ultimamente, no entanto, a judicialização da saúde⁴¹ tem garantido maior poder de negociação aos contratantes individuais que aos coletivos⁴², deixando a maior parte da população coberta ainda sem esta relativa⁴³ proteção.

⁴⁰ Em teoria econômica, diz-se que há assimetria de informações quando uma das partes envolvidas tem acesso a mais informações estratégicas que a outra. No caso da saúde suplementar, por exemplo, não existe uma ampla e comparativa divulgação dos produtos (quanto aos preços e à rede assistencial) para os beneficiários, ao passo que muitas informações sobre população em geral (faixa de renda, distribuição geográfica, perfil epidemiológico etc) são públicas e disponíveis para as operadoras

⁴¹ Aumento de litígios judiciais a respeito da obrigação de cobertura de serviços de saúde pelas operadoras

⁴² O fato de o indivíduo ter acesso à assistência privada à saúde como um benefício oferecido pelo seu empregador por si só pode levar a uma menor possibilidade de defesa de seus interesses. Isto porque a manutenção do plano de saúde, em tese, dependeria da manutenção da relação de emprego, que poderia ser prejudicada caso houvesse litígio entre a operadora e o empregado. Por outro lado, o empregador poderia, a seu critério, favorecer a cobertura de eventos não contratados para indivíduos de seu interesse particular (por

1.2.3. Operadoras

1.2.3.1. Evolução da Quantidade de Registros

Entre os achados mais significativos, destacamos a grande redução da quantidade de operadoras que permaneceram com registro ativo a partir da regulamentação. : Na **Tabela 3** pode ser observada a evolução decrescente da quantidade dos registros: até 1999, 2.825 operadoras estavam registradas. Neste ano, 186 (6,6%) destes registros foram cancelados. A partir de então, a cada ano novos registros foram concedidos e novos cancelamentos foram efetuados. Ao final de 2008, haviam sido concedidos, cumulativamente, 637 registros e 1.514 registros haviam sido cancelados.

Em resumo, das 2.639 operadoras que atuaram neste mercado no período, quase metade (49,1%) teve cancelado seu registro pela ANS. Das 1.762 restantes, 1.269 (72%) eram de assistência médico-hospitalar e apenas 1.138 (89,7%) realmente possuíam beneficiários. Sendo tão grande o universo de cancelamentos, seu mapeamento - um estudo das razões que os justificaram e o tipo de organização mais suscetível aos mesmos - certamente traria importantes contribuições para a análise dos impactos da regulamentação na estrutura do mercado.

Tabela 3: Evolução do registro de operadoras. Brasil, 1999-2008.

Ano	Registros novos	Registros cancelados	Operadoras em atividade			Operadoras com beneficiários		
			Total	Médico-hospitalares	Exclusivamente odontológicas	Total	Médico-hospitalares	Exclusivamente odontológicas
Até 1999	2.825	186	2.639	1969	670	1.971	1.489	482
2000	235	151	2.723	2004	719	2.021	1.505	516
2001	143	157	2.709	1990	719	1.994	1.478	516
2002	17	319	2.407	1747	660	1.898	1.403	495
2003	35	169	2.273	1646	627	1.888	1.383	505
2004	32	127	2.178	1576	602	1.771	1.316	455
2005	30	117	2.091	1524	567	1.683	1.258	425
2006	52	76	2.067	1488	579	1.632	1.214	418
2007	62	199	1.930	1377	553	1.589	1.177	412
2008	31	199	1.762	1269	493	1.549	1.138	411

Fontes: Caderno de Informação de Operadoras (ANS) edição mar/09

exemplo, a alta administração da empresa), diluindo estes custos com os trabalhadores, no caso do benefício ser parcialmente custeado pelos empregados.

⁴³ Diz-se relativa pelo fato de que as operadoras podem criar novos produtos, estipulando novos parâmetros para preços de entrada (OCKÉ-REIS, 2007), sem ferir qualquer norma imposta pela ANS

NITÃO (2004) chegou a fazê-lo, para o período entre 2000 e 2003⁴⁴, porém o estudo não pode ser reproduzido porque as informações necessárias não são de domínio público. Vale lembrar que, além da regulamentação, algumas condições macroeconômicas podem estar presentes simultaneamente, funcionando como variáveis de confusão, como exemplificado abaixo:

“As dificuldades em atuar num mercado em que as margens ficaram mais estreitas por causa da regulamentação e da queda do poder aquisitivo da maior parte da população, que tradicionalmente tem plano de saúde, fragilizaram financeiramente muitas companhias, principalmente as de médio e pequeno porte”. (SAÚDE SUPLEMENTAR, 2006, p.11)

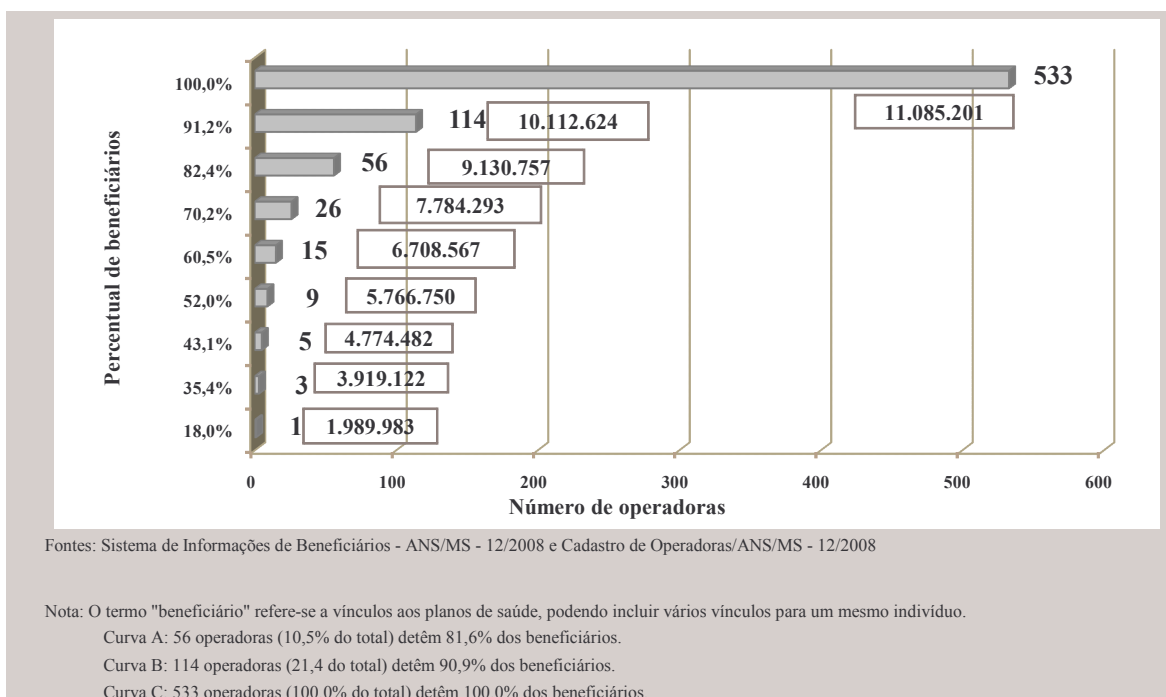
Ao concatenarmos a involução do número de operadoras atuantes com a distribuição dos beneficiários do sistema pelas operadoras “sobreviventes”, percebemos nitidamente um movimento de concentração, graficamente representado pela ANS na Curva ABC desta distribuição (**Gráfico 1**). Outros autores já haviam abordado a existência de uma progressiva concentração neste mercado⁴⁵ (ANDREAZZI, 2003; DERENGOWSKI & FONSECA, 2004; OCKÉ-REIS, 2006; OCKÉ-REIS et al, 2007), fato que se torna cada vez mais evidente na atualidade. OCKÉ-REIS et al, 2007 ressaltaram que esta concentração, embora possa ser considerada benéfica por favorecer a economia de escala (garantindo uma massa de beneficiários suficiente para a diluição dos riscos intrínsecos à operação) carrega de *per se* o risco inerente do excesso de poder de mercado na operação, indo contra a defesa da concorrência. Como já visto, representando a visão neoschumpeteriana, POSSAS (2002), não entende o monopólio estático como benéfico, mas sim a dinâmica de busca de “lucros de monopólio”, de natureza temporária, que faz as organizações se alternarem na liderança.

⁴⁴ O principal motivo de cancelamento apurado foi a solicitação de cancelamento por parte das próprias empresas (70% de todos os cancelamentos), seguido do descumprimento da obrigatoriedade de registro junto à SUSEP (18% dos casos)

⁴⁵ Esta também é a interpretação da Secretaria de Acompanhamento Econômico do Ministério da Fazenda ao analisar os Atos de Concentração (conforme apresentado por Priscila Santana no “II Seminário Internacional em Regulação da Saúde Suplementar - 10 anos da Lei 9656/98”, realizado pela ANS 20,5 milhões de beneficiários (2005 =50%; 21,1 milhões). em 06/ 2008)

Os dados apurados⁴⁶ revelam que, em dezembro de 2008, 4,1 milhões de beneficiários - 10% do total do sistema (2005 = 4,7 milhões – 11% do total) - estavam vinculados a apenas 2 operadoras (2005 = 3 operadoras) e apenas 38 operadoras (2005 = 55 operadoras) eram responsáveis pela assistência à saúde de metade (50%) de todos os beneficiários do sistema.

Gráfico 1 (*): Curva ABC da distribuição dos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos entre as operadoras. Brasil - dez/2008.

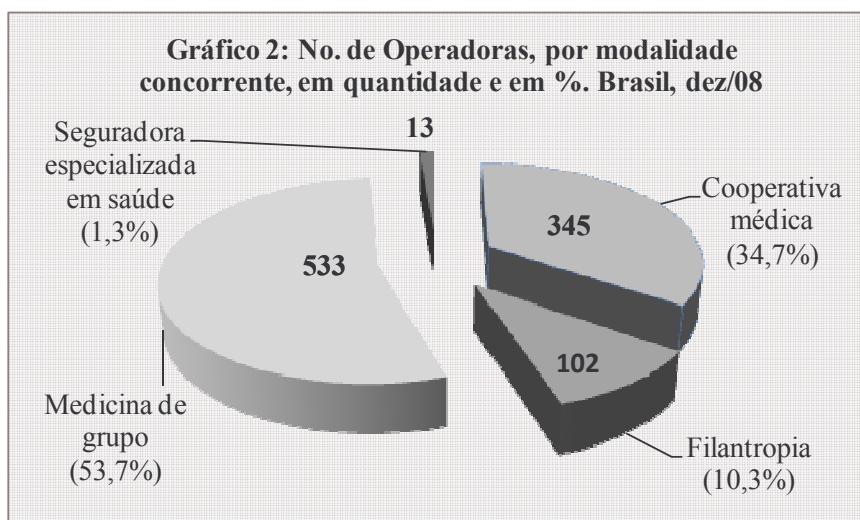


(*) Gráfico adaptado do original preparado pela ANS no Caderno de Informações de Operadoras, edição mar/09

Ressalvado o fato de que, em termos de território brasileiro, seria plenamente possível encontrarmos todas as estruturas de mercado – desde o monopólio, o oligopólio diferenciado, o oligopólio concentrado até a concorrência perfeita (TEIXEIRA, 2001) percebe-se na saúde suplementar a predominância de uma estrutura concentrada, conforme é possível constatar a partir da Curva ABC acima.

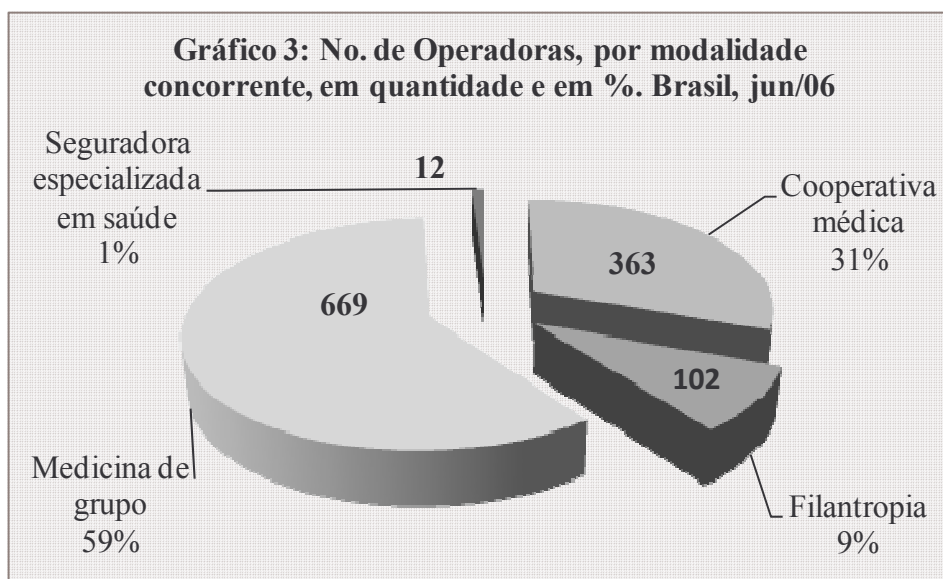
⁴⁶ Os dados de 2005 foram obtidos na página eletrônica da ANS, menu “entenda o setor” (folder); dados de 2006 foram obtidos do Caderno de Informações de Operadoras (ANS), edição mar/09

Com relação à distribuição dos beneficiários pelas modalidades de operação, efetuou-se uma comparação entre os anos de 2006 e 2008 em função da indisponibilidade dos dados de 2005 nos Cadernos de Informação de Operadoras da ANS. Conforme pode ser observado no **Gráfico 2**, em 2008 as modalidades que possuíam o maior número de operadoras eram as de medicina de grupo (53,7%) e as cooperativas (34,7%)



Fonte: ANS (Caderno de Informação de Beneficiários, edição mar/09). Elaboração Própria.

Em comparação ao ano de 2006, observamos que houve uma queda mais que proporcional no número de operadoras da modalidade medicina de grupo em relação às cooperativas médicas (**Gráfico 3**).



Fonte: ANS (Caderno de Informação de Beneficiários, edição set/06). Elaboração Própria.

Ao detalharmos as modalidades, separando as operadoras por porte (Tabelas 4 e 5), fica mais claro o tipo de movimento que se deu entre 2006 e 2008. Em 2008 observa-se que, das 13 seguradoras, 10 eram de médio e grande porte, sendo assim distribuídas: 6 seguradoras (76,9%) de porte médio⁴⁷ e 4 (30,8%) de grande⁴⁸ porte.

Tabela 4: Número de operadoras concorrentes, por porte e modalidade concorrente, segundo o número de beneficiários. Brasil, dez/ 2008.

Número de beneficiários	Total	Cooperativa médica	Filantropia	Medicina de grupo	Seguradora especializada em saúde
Sem beneficiários	85	6	4	75	-
1 a 100	32	2	4	26	-
101 a 1.000	83	11	12	60	-
1.001 a 2.000	68	14	8	46	-
2.001 a 5.000	137	42	20	74	1
5.001 a 10.000	148	63	17	68	-
10.001 a 20.000	155	75	17	62	1
20.001 a 50.000	149	66	17	66	-
50.001 a 100.000	71	38	-	32	1
100.001 a 500.000	50	24	3	17	6
Acima de 500.000	15	4	-	7	4
Total	993	345	102	533	15
	100,0%	34,7%	10,3%	53,7%	1,3%
Acima de 500 mil					
Qtde	15	4	-	7	4
% sobre a modalidade		1,2%	-	1,3%	30,8%
% sobre o total	1,5%	0,4%	0,0%	0,7%	0,4%
Acima de 100 mil					
Qtde	65	28	3	24	10
% sobre a modalidade	6,5%	8,1%	2,9%	4,5%	76,9%
% sobre o total	100,0%	2,8%	0,3%	2,4%	1,0%

Fonte: ANS Caderno de Informações de Operadoras, edição mar/09. Elaboração Própria.

⁴⁷ Entre 100 mil e 500 mil beneficiários, conforme classificação da ANS

⁴⁸ Acima de 500 mil beneficiários, conforme classificação da ANS

Tabela 5: Número de operadoras concorrentes, por porte e modalidade concorrente, segundo o número de beneficiários. Brasil, jun/ 2006.

Número de beneficiários	Total	Cooperativa médica	Filantropia	Medicina de grupo	Seguradora especializada em saúde
Sem beneficiários	172	20	3	149	-
1 a 100	45	2	3	40	-
101 a 1.000	79	20	9	49	1
1.001 a 2.000	168	67	18	83	-
2.001 a 5.000	53	25	2	21	5
5.001 a 10.000	117	16	11	90	-
10.001 a 20.000	181	58	22	101	-
20.001 a 50.000	149	68	17	63	1
50.001 a 100.000	149	58	21	70	-
100.001 a 500.000	61	28	1	29	3
Acima de 500.000	7	1		4	2
Total	1.181	363	107	699	12
	100,0%	30,7%	9,1%	59,2%	1,0%
Acima de 500 mil					
Qtde	7	1	-	4	2
% sobre a modalidade		0,3%	-	0,6%	16,7%
% sobre o total	0,6%	0,1%	-	0,3%	0,2%
Acima de 100 mil					
Qtde	68	29	1	33	5
% sobre a modalidade		8,0%	0,9%	4,7%	41,7%
% sobre o total	5,8%	2,5%	0,1%	2,8%	0,4%

Fonte: ANS Caderno de Informações de Operadoras, edição set/06. Elaboração Própria.

Em 2006, das 12 seguradoras existentes, 7 eram de pequeno⁴⁹ porte, sendo que 6 delas possuíam menos de 5 mil beneficiários (!!), numa clara demonstração da evolução para a concentração, nesta modalidade. Seria possível apostar, portanto, para as seguradoras, na preferência de estratégias que visem obter de ganhos por economia de escala. A análise das seguradoras líderes, adiante, possibilita a validação esta hipótese.

Até aqui, as demais modalidades não apresentam uma evidência tão clara quanto das seguradoras neste movimento: a segunda colocada – cooperativa médica – possuía apenas 8,1% de operadoras de médio e grande porte, sendo somente 1,2% de grande porte; a terceira

⁴⁹ Menos de 100 mil beneficiários (inclui as sem beneficiários)

– medicina de grupo - tinha 2,4% de operadoras de médio e grande porte, sendo que 1,3% era de grande porte. Os dados sugerem que há uma atomização muito maior nestas duas modalidades, sendo mais evidente nas medicinas de grupo que, perderam, no saldo das movimentações, 166 operadoras neste período (1,4% do total de 2006), contra 18 perdas líquidas nas cooperativas (apenas 1%). Ressalte-se que maior parte das perdas das operadoras de medicina de grupo ocorreu na faixa “sem beneficiários”, aumentando as suspeitas para o fato de que, para permanecer no mercado é preciso estrutura que garanta uma economia de escala mínima.

Analisando de modo global, percebe-se uma queda do número de operadoras ativas entre 2006 e 2008 (188 operadoras a menos – 16% de queda), 68 (5,8% do total) delas com mais de 100 mil beneficiários e 7 (0,6%) com mais de 500 mil, confirmando o aumento da concentração em termos de quantidades globais. Analisando por modalidade, foi constatado que em todas as modalidades houve uma concentração, podendo sugerir a incorporação de carteiras de operadoras menores por outras, aumentando o número de operadoras com mais de 100 mil beneficiários

Novamente, este aumento de concentração foi muito mais evidente nas seguradoras, que tinham “apenas” 41,7% das operadoras com mais de 100 mil beneficiários (contra os 76,9% de 2008) e “apenas” 16,7% acima de 50 mil beneficiários (ver **Tabela 5**, já apresentada).

A hipótese traz de volta a figura da “seleção natural” apresentada pelos teóricos evolucionários já citados, que pode estar sendo alimentada pelas exigências do órgão regulador já detalhadas.

1.2.4. Market Share

1.2.4.1. Por quantidade de Beneficiários

Comparativamente a 2005, os dados mostraram que cada modalidade competitiva absorveu os novos beneficiários do mercado de modo distinto: à exceção da medicina de

grupo, as demais modalidades cresceram mais que proporcionalmente à média do mercado (18,7%). A medicina de grupo cresceu apenas 8,8% (Tabela 6).

Tabela 6: Beneficiários de planos de saúde, por modalidade competitiva, em quantidade e em %. Brasil, 2005-2008

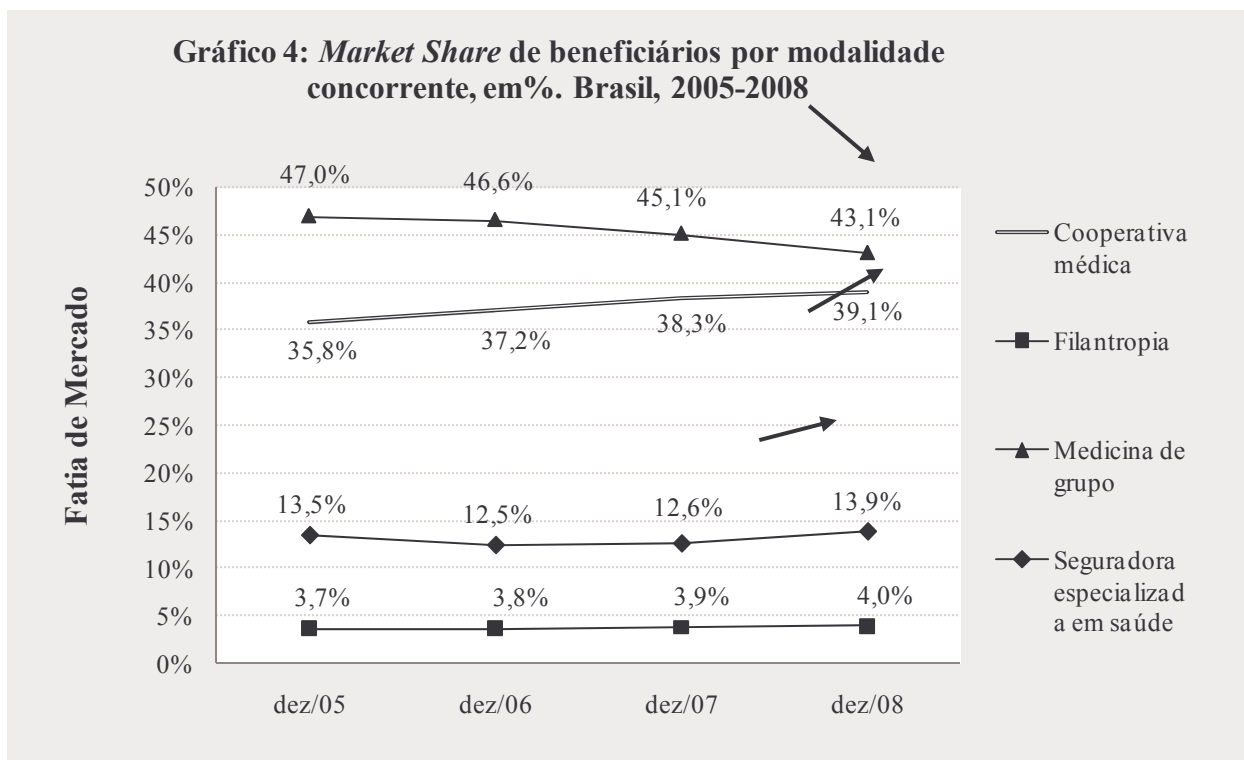
Mês e ano		Assistência médica com ou sem odontologia				
		Total	Cooperativa médica	Filantropia	Medicina de grupo	Seguradora especializada em saúde
Market Share 2005		100,0%	35,8%	3,7%	47,0%	13,5%
dez/05		30.082.805	10.768.903	1.126.300	14.132.465	4.055.137
dez/06		31.935.854	11.877.203	1.203.779	14.875.129	3.979.743
dez/07		33.808.560	12.964.200	1.317.077	15.258.962	4.268.321
dez/08		35.704.126	13.944.239	1.430.219	15.380.162	4.949.506
Market Share 2008		100,0%	39,1%	4,0%	43,1%	13,9%
Variação de Quantidade	na modalidade	5.621.321	3.175.336	303.919	1.247.697	894.369
Variação Percentual		18,7%	29,5%	27,0%	8,8%	22,1%
Peso do aumento da modalidade sobre o aumento total			56,5%	5,4%	22,2%	15,9%
Variação de Market Share			3,3%	0,3%	-3,9%	0,4%

Fonte: ANS (Caderno de Informações da Saúde Suplementar, edição março/2009). Elaboração Própria.

O protagonismo positivo ficou por conta das cooperativas médicas, que cresceram 29,5% entre 2005 e 2008, o equivalente a 56,5% dos novos beneficiários do sistema. Não é possível, apenas com estes dados afirmar que a estratégia foi criar novos mercados; é possível que tenha havido uma combinação entre a captura de beneficiários de outras modalidades, conjugada com a de novos integrantes do sistema de saúde suplementar. Por outro lado, o protagonismo negativo caiu sobre as empresas de medicina de grupo, que cresceram 8,8%, um equivalente a 22,2% dos novos entrantes.

Este quadro teve como consequência, uma variação positiva de 3,3% no *market share* das cooperativas, contra uma queda de 3,9% nas medicinas de grupo. Apesar de, à primeira vista, parecer que houve uma estagnação por parte das filantropias e seguradoras (aumento de apenas 0,3 e 0,4% da carteira), é preciso lembrar que o crescimento destas no

período foi acima da média do mercado, demonstrando sua preocupação com o tamanho da carteira. O **Gráfico 4** apresenta a evolução do *market share* de beneficiários entre 2005 e 2008, deixando mais evidente o relevante comportamento ascendente das cooperativas médicas neste quesito e o oposto, descendente, das medicinas de grupo.



Fonte: ANS (Caderno de Informação de Beneficiários, edição mar/09). Elaboração Própria.

1.2.4.2. Por Faturamento (Receita de Contraprestações)

O estudo do *market share* atual e o comparativo no período, por beneficiário, é capaz de demonstrar apenas uma faceta dos objetivos estratégicos das operadoras: ganhos por economia de escala. Já o *market share* por faturamento, pode falar algo a respeito da estratégia de preços, quando comparada ao apurado anteriormente, sinalizando um nicho de mercado. Importantes impactos podem ser estimados pelo órgão regulador em termos macroeconômicos (na modalidade ou no setor), caso ele considere ambos os fatores, mas é importante lembrar que uma análise microeconômica (onde a organização é a unidade de análise) também é relevante, dependendo de sua representação no sistema/ modalidade. Para

esta variável é possível estudar o período de 2001 a 2008, pois tais informações estão disponíveis, ao contrário do que ocorreu com número de beneficiários. As autogestões só passaram ser obrigadas a enviar dados econômico-financeiros à ANS a partir de 2007⁵⁰, mas tal fato não tem impacto neste estudo, pois só são efetuadas análises de modalidades que competem entre si por mercados⁵¹.

O segmento competitivo da assistência médica com ou sem odontologia, do mercado de saúde suplementar, foi responsável pela movimentação de uma receita anual de R\$ 49,6 bilhões em 2008 (**Tabela 7**), um aumento expressivo em relação a 2002, quando foram faturados R\$ 24,8 bilhões (o dobro). O destaque vai para as cooperativas médicas, que em todos os anos apresentaram o maior faturamento entre todas as modalidades. As seguradoras obtiveram um crescimento bastante acelerado entre 2007 e 2008, mais que proporcional em relação ao aumento de beneficiários (28,2% contra 16,0%). Isto explica porque as cooperativas e as empresas de medicina de grupo, mesmo com um volume de faturamento maior e sempre ascendente, tiveram uma leve queda no *market share* contra um aumento importante por parte das seguradoras.

A evolução do *market share* por faturamento no período (**Gráfico 5**) tem como destaque a tendência de recuperação das seguradoras de sua posição, após comportamento progressivamente descendente, como explicado anteriormente. Não foi possível identificar o motivo do significativo aumento da participação das filantropias, a partir de 2007. Acredita-se que tenha se sucedido um envio maciço de informações, à semelhança do ocorrido com as autogestões, estas por força de lei.

⁵⁰ Conforme comentado no Caderno de Informações da Saúde Suplementar, edição mar/09, à página 7

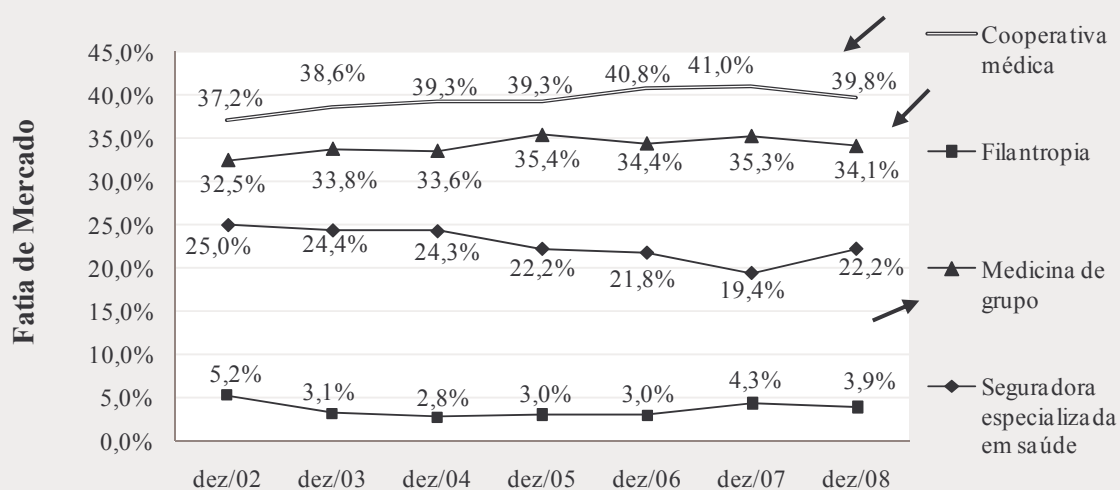
⁵¹ Voltamos a ressaltar que seria possível considerá-las concorrentes por retirarem beneficiários do sistema que seriam potenciais clientes, como agregados e dependentes.

Tabela 7: Receita de contraprestações das operadoras de planos de saúde, por modalidade concorrente da operadora, em R\$ milhões e em %. Brasil, 2002-2008.

Modalidade da operadora	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Cooperativa médica	9.237	10.606	12.164	13.989	16.390	18.183	19.731
Filantropia	1.300	864	869	1.078	1.189	1.918	1.921
Medicina de grupo	8.069	9.282	10.388	12.602	13.830	15.658	16.939
Seguradora especializada em saúde	6.213	6.701	7.523	7.912	8.750	8.608	11.043
Total (R\$)	24.820	27.454	30.944	35.581	40.159	44.367	49.634
Cooperativa médica	37,2%	38,6%	39,3%	39,3%	40,8%	41,0%	39,8%
Filantropia	5,2%	3,1%	2,8%	3,0%	3,0%	4,3%	3,9%
Medicina de grupo	32,5%	33,8%	33,6%	35,4%	34,4%	35,3%	34,1%
Seguradora especializada em saúde	25,0%	24,4%	24,3%	22,2%	21,8%	19,4%	22,2%
Total (%)	100%						

Fonte: ANS (Caderno de Informações de Operadoras, edição mar/09)

Gráfico 5: Market Share de faturamento, por modalidade concorrente, em %. Brasil, 2002-2008.



Fonte: ANS (Caderno de Informação de Beneficiários, edição mar/09). Elaboração Própria

1.2.4. Sinistralidade

O estudo da sinistralidade por modalidade mostra importantes diferenças entre estas: como pode ser observado através da **Tabela 8**, as seguradoras são as que têm o maior índice de sinistralidade, seguidas de perto pelas cooperativas médicas. É possível que as empresas médicas (modalidade medicina de grupo) possuam vantagens competitivas em relação às duas anteriores em função de seu padrão estrutural (bastante verticalizado), favorecendo o controle dos custos assistenciais. Acredita-se que a pouca ingerência sobre a rede prestadora, principalmente no caso dos planos individuais, possa explicar este protagonismo (negativo) das seguradoras.

Tabela 8: Sinistralidade das operadoras de planos de saúde, por modalidade concorrente da operadora, em %. Brasil, 2002-2008.

Modalidade da operadora	Índice de Sinistralidade (%)						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Cooperativa médica	82,7%	83,6%	83,0%	81,8%	80,7%	79,6%	81,3%
Filantropia	61,0%	73,3%	77,1%	73,5%	75,6%	52,9%	55,7%
Medicina de grupo	75,1%	75,9%	75,2%	75,8%	76,0%	77,0%	77,4%
Seguradora especializada em saúde	82,1%	86,2%	87,2%	90,0%	84,0%	89,7%	81,3%

Fonte: ANS (Caderno de Informações de Operadoras, edição mar/09)

Em resumo a modalidade de Cooperativa Médica foi a protagonista em desempenho quanto ao *market share* neste mercado concentrado, tanto em quantidade de beneficiários quanto em faturamento (**Gráficos 4 e 5**), revelando uma estratégia conjunta de economia de escala na modalidade. A liderança em *market share* de faturamento sempre existiu; o que chama a atenção é o impulso na quantidade de quantidades vendidas no período.

É possível que a ligeira perda de mercado das seguradoras, após 2007 (similar à ocorrida na medicina de grupo), seja resultado de uma estratégia diferenciada por parte destas

últimas. Por outro lado, há a possibilidade de estar havendo uma falta de fôlego das demais para manter-se em operação, dadas as novas regras do mercado, cuja natureza as seguradoras já conhecem e obedecem desde sua origem. Uma avaliação das estratégias de condutas destas organizações acena com indícios neste sentido.

Apesar do sucesso da economia de escala potencialmente gerada pelas cooperativas, é importante ressaltar que sua manutenção a médio e longo prazo depende da característica epidemiológica da carteira, em função de seu impacto nos custos assistenciais. Talvez este fator esteja contribuindo para a alta sinistralidade das cooperativas, adicionalmente às dificuldades de controle de sua rede prestadora, à semelhança das seguradoras, porém especificamente em relação aos consultórios médicos (cooperados).

Todos os dados empíricos apresentados, incluindo tanto os aspectos institucionais (utilização intensiva de mecanismos de controle de entrada e permanência das operadoras do mercado) quanto os econômicos (concentração que sugere ganhos economia de escala + distribuição de beneficiários por porte e modalidade das operadoras) são imprescindíveis para estabelecer a classificação deste mercado. A partir dos critérios de POSSAS (1990), pode-se definir para a saúde suplementar, em conclusão, a existência do modelo de **oligopólio competitivo**, que prevê a concentração de grande parte do mercado em algumas poucas empresas, aliada a uma grande quantidade de pequenas e médias empresas satélite, além da presença de fortes barreiras à entrada e presença de economia de escala. Este padrão não necessariamente é o melhor modelo orientado às instituições que operam planos de saúde no país.

“Em que pese que a concentração seja um movimento inexorável do próprio capitalismo nada garante que as grandes operadoras, se fortalecidas, atuem em sinergia com o SUS. Tais agentes econômicos são movidos por uma lógica economicista — acumulação de capital per se e radicalização da seleção de riscos —, e dados os instrumentos de coerção legitimada e persuasão à disposição da agência reguladora, ninguém sabe ao certo em que medida a ANS detém condições para subordinar os oligopólios às diretrizes das políticas de saúde; em outras palavras, se a Agência convence as operadoras líderes que as atividades mercantis empreendidas no setor

saúde, meritórias e vitais para a sociedade, devem atender a uma função social, orientada pelo nexos com o interesse público” (OCKÉ-REIS, 2007)

1.2.4.3. *Ranking* de Operadoras - Brasil e Rio de Janeiro

Como já mencionado, KUPFER (2001) dá especial ênfase à evolução do *market share* das empresas líderes como indicador de competitividade no setor. Segundo o autor, avaliar o valor das receitas de cada empresa em relação à receita total da amostra é a forma prática de fazê-lo. Sendo assim, a liderança de mercado, em termos de faturamento, será apresentada sob a forma de uma classificação descendente (*ranking*) para as dimensões Brasil e Rio de Janeiro, através dos **Quadros 4 e 5**, discutidos a seguir. Logo após, será feito um breve discurso sobre o *ranking* das operadoras - em ambas as dimensões - considerando a variável “número de beneficiários”, usualmente adotada pela ANS, sendo demonstradas nos **Quadros 6 e 7**

1.2.4.3.1. *Ranking* de Faturamento

Quanto ao faturamento, os resultados apurados mostraram que a competitividade neste mercado é restrita a um pequeno número de operadoras, que eventualmente se alternam na posição de liderança. À semelhança do observado em relação à distribuição dos beneficiários pelas operadoras (Curva ABC), a concentração do faturamento em um pequeno número de empresas é nítida: as 5 maiores operadoras⁵², todas com sede no estado do Rio de Janeiro, são responsáveis por 42,2% de todo o faturamento no Brasil (média para o período de 2001 a 2008). Quando a análise prioriza a dimensão Rio de Janeiro, a situação é ainda mais clara: as 5 maiores empresas são responsáveis por 86% de todo o faturamento das operadoras com sede no estado. Pelo que foi descrito, a dimensão geográfica selecionada para análise de conduta das organizações (estado do Rio de Janeiro) é capaz de representar o faturamento nacional, por envolver a maioria das organizações líderes de todo o sistema.

⁵² Das 10 maiores operadoras do período, 7 possuem sede no Rio de Janeiro

Ao ser revisto o *market share* de faturamento por constata-se uma inversão de protagonismo: considerando-se apenas as 5 maiores operadoras, as seguradoras são as responsáveis por 65,1%, na dimensão Brasil, e 62,2%, na dimensão RJ, do faturamento do grupo; as cooperativas 9,8% e 10,6%, respectivamente e as empresas médicas, 25,1% no Brasil e 25,4% no RJ. Isto sugere que o modelo concentrador é mais característico da modalidade seguradora, enquanto que as cooperativas e medicinas de grupo tendem a ser mais atomizadas. Apenas 1 filantropia fez parte do *ranking* (inclusive considerando as 10 maiores), exclusivamente na dimensão Brasil e nos anos de 2001 e 2002, o que torna possível desconsiderar esta modalidade na avaliação da competitividade no setor, por organização.

Com relação à dinâmica no período, na dimensão Brasil é possível identificar nos quadros anteriores algumas mudanças que serão esclarecidas durante a discussão das estratégias de condutas das operadoras. O posicionamento das operadoras é uniforme durante os três primeiros anos; onde a Sul América Cia. de Seguros aparece freqüentemente como líder do grupo, seguida de perto pela Bradesco Saúde Exceto em 2001 e 2002 (quando uma filantropia ocupa o 5º lugar no *ranking*), as demais posições são ocupadas pela Amil e Unimed-Rio, nesta ordem. A Golden Cross somente fez parte das 5 maiores em 2003, ocupando a última posição. Em 2004, um desdobramento das atividades da Sul América, com o surgimento da Sul América Seguro Saúde S/A muda a classificação das operadoras, passando esta última a ocupar o segundo lugar (com freqüência), favorecendo a Bradesco Seguros, que passa a ser a líder do grupo. A partir de então (exceto em 2007), mesmo somando-se o faturamento duas seguradoras da Sul América, a Bradesco consegue manter-se na liderança, até o final de 2008. A partir de 2006 a Sul América Cia de Seguros deixa de fazer parte do *ranking* das 5 maiores e a Sul América Seguros firma-se na terceira posição. A Unimed-Rio, que até 2004, ocupava o 4º lugar no *ranking*, veio caindo nos anos seguintes, fechando 2008 fora do *ranking* das 5 maiores. A Amil, freqüentemente na terceira posição,

crece significativamente nos últimos 2 anos, especialmente a partir de 2007. Estas considerações não diferem das que seriam feitas em relação à dimensão RJ (onde as 5 operadoras acima se repetem). A novidade, em termos de Brasil é o surgimento da empresa médica Medial, que ocupava o 10º lugar no *ranking* e veio crescendo significativamente, especialmente a partir de 200, quando passou a pertencer ao grupo das 5 maiores. Será visto que a estratégia das 2 empresas médicas que se destacaram no final do período foi a mesma, impossível de ser adotada pela cooperativa médica, que perdeu espaço no *ranking*.

1.2.4.3.1. *Ranking* de Beneficiários

É interessante observar que o ranqueamento feito pela variável “número de beneficiários” leva a algumas conclusões diferentes das observadas no modelo anterior. Conforme o **Quadro 6**, as posições no *ranking* do Rio de Janeiro praticamente não mudam durante todo o período; a novidade fica por conta do surgimento da Amico entre as 5 maiores, durante todo o período. Mesmo no *ranking* Brasil (**Quadro7**) a uniformidade está presente; as 5 maiores estão do início ao fim presentes. A novidade, neste caso, é o surgimento da Intermédica (sempre em segundo lugar) e a presença de forma constante, desde o início, da Medial. Em outras palavras, as avaliações que levam em conta a quantidade de beneficiários da operadora não são equivalentes às feitas em relação ao seu faturamento. Segundo o marco teórico aqui assumido, as análises de concentração e de poder de mercado levam em conta o faturamento. Sendo assim, as análises de estratégia são feitas, segundo o recorte já definido, para as seguradoras Sul América Cia. de Seguros S/A, Sul América Seguro Saúde S/A e Bradesco Saúde S.A., para a empresa médica Amil Assistência Médica Internacional Ltda. e para a cooperativa médica Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.

Quadro 4: Ranking das 10 maiores operadoras, segundo faturamento, Brasil, 2001-2008

Operadora	Modalidade	Contraprestação Efetivas										Posição no Ranking									
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008				
Sul América Cia de Seguro Saúde S/A (RJ)	Seguradora	2.782.277	2.566.066	2.670.902	1.321.265	1.356.489	1.387.520	1.553.909	1.404.019	1	1	1	3	4	4	6	7				
Bradesco Saúde S.A. (RJ)	Seguradora	2.145.601	2.346.712	2.646.397	3.111.258	3.604.403	3.561.841	2.920.138	4.591.120	2	2	2	1	1	1	1	1				
Amil Assistência Médica Internacional Ltda. (RJ)	Medicina de Grupo	893.079	1.039.392	1.168.837	1.290.228	1.608.630	1.837.812	2.306.319	3.101.602	3	3	3	4	3	3	2	2				
Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro (RJ)	Cooperativa Médica	627.521	634.877	717.775	844.402	1.016.373	1.223.620	1.214.381	1.533.344	4	4	4	5	5	5	5	6				
Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda (RJ)	Medicina de Grupo	606.578	609.962	693.843	801.461	881.444	1.010.870	1.087.792	1.266.376	6	6	5	6	6	6	7	8				
Comunidade Evangélica Luterana São Paulo (SP)	Filantropia	502.718	618.909	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	5	5	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)				
Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico Ltda (MG)	Cooperativa Médica	469.458	547.583	547.944	641.207	726.799	870.466	1.008.543	1.158.533	7	7	6	8	8	9	8	9				
Intermédica Sistema de Saúde S. A. (SP)	Medicina de Grupo	413.839	433.470	524.424	598.788	702.588	805.469	(*)	1.100.072	8	8	7	9	9	10	(*)	10				
Unimed Campinas - Cooperativa de Trabalho Médico (SP)	Cooperativa Médica	384.769	(*)	452.655	487.786	542.529	(*)	(*)	(*)	9	(*)	9	10	10	(*)	(*)	(*)				
Soc.Coop. de Serv.Médicos de Curitiba e Região Metropolitana (PR)	Cooperativa Médica	380.759	425.434	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	10	9	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)				
Medial Saúde S/A. (SP)	Medicina de Grupo	(*)	403.105	517.783	659.439	845.900	1.116.712	1.318.954	1.880.275	(*)	10	8	7	7	6	4	4				
Sul América Seguro Saúde S/A (RJ)	Seguradora	(*)	(*)	(*)	1.792.900	1.854.756	1.939.619	2.211.936	2.536.874	(*)	(*)	(*)	2	2	2	3	3				
Porto Seguro - Seguro Saúde S/A (SP)	Seguradora	(*)	(*)	373.050	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	10	(*)	(*)	(*)	(*)				
Amico Saúde Ltda (RJ)	Medicina de Grupo	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	875.858	883.297	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	8	9				
Unimed Paulistana - Sociedade Cooperativa Trabalho Médico (SP)	Cooperativa Médica	ND	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	878.177	1.739.245	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	10	(*)				
Total 10 maiores	Otras	9.206.599	9.625.512	10.313.609	11.548.733	13.139.910	14.629.787	15.383.446	20.311.460												
		4.058.728	5.790.212	6.314.500	7.547.186	8.726.145	10.914.697	10.333.473	12.477.023												
Total Mercado Competidor - Brasil (operadoras >100 mil beneficiários)		13.265.327	15.415.725	16.628.109	19.095.919	21.866.056	25.544.484	25.716.919	32.788.484												
% da soma das 5 maiores operadoras no mercado competidor		53,2%	46,7%	47,5%	43,8%	43,2%	37,9%	38,8%	42,2%												

Fonte: Banco de dados criado e adaptado a partir de informações disponibilizadas pela ANS em seu portal eletrônico. Elaboração própria.

ND = Não Disponível

(*) Não está entre as 10 maiores neste ano

Quadro 5: Ranking das 10 maiores operadoras, segundo faturamento, em R\$ mil. Rio de Janeiro, 2001-2008

Operadora	Modalidade	Contraprestação Efetivas										Posição no Ranking									
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008				
Sul América Cia de Seguro Saúde S/A	Seguradora	2.782.277	2.566.066	2.670.902	1.321.265	1.356.489	1.387.520	1.553.909	1.404.019	1	1	1	3	4	4	4	5				
Bradesco Saúde S.A	Seguradora	2.145.601	2.346.712	2.646.397	3.111.258	3.604.403	3.561.841	2.920.138	4.591.120	2	2	2	1	1	1	1	1				
Amil Assistência Médica Internacional Ltda.	Medicina de Grupo	893.079	1.039.392	1.168.837	1.290.228	1.608.630	1.837.812	2.306.319	3.101.602	3	3	3	4	3	3	2	2				
Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médica do Rio de Janeiro	Cooperativa Médica	627.521	634.877	717.775	844.402	1.016.373	1.223.620	1.214.381	1.533.344	4	4	4	5	5	5	4	4				
Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda	Medicina de Grupo	606.578	609.962	693.843	801.461	881.444	1.010.870	1.087.792	1.266.376	5	5	5	6	6	6	6	6				
Unimed - São Gonçalo - Niterói - Soc. Coop. Serv. Med e Hosp Ltda	Cooperativa Médica	192.535	176.747	160.332	106.352	154.593	219.571	(*)	(*)	6	7	9	10	10	9	(*)	(*)				
Amico Saúde Ltda.	Medicina de Grupo	166.786	199.065	247.675	275.895	347.649	441.195	883.297	1.075.076	7	6	6	7	7	7	7	7				
Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda.	Medicina de Grupo	164.029	160.281	175.117	214.753	263.676	316.370	327.038	353.537	8	8	8	9	9	8	8	8				
Dix Assistência Médica Ltda.	Medicina de Grupo	90.078	147.922	191.187	239.950	301.113	(*)	(*)	(*)	9	9	7	8	8	(*)	(*)	(*)				
SEMEG Saúde Ltda.	Medicina de Grupo	ND	12.732	(*)	(*)	(*)	61.397	(*)	(*)	(**)	10	(*)	(*)	(*)	10	(*)	(*)				
Sul América Seguro Saúde S/A	Seguradora	(**)	(**)	140.247	1.792.900	1.854.756	1.939.619	2.211.936	2.536.874	(*)	(*)	10	2	2	2	3	3				
Total 10 maiores		7.668.483	7.881.026	8.672.064	8.205.563	9.534.369	9.998.799	10.292.873	13.325.074												
Total Mercado Competidor RJ		-	12.732	140.247	1.792.900	1.854.756	2.001.016	2.211.936	2.536.874												
% da soma das 5 maiores operadoras no mercado		92,0%	91,2%	89,6%	83,6%	82,9%	82,9%	81,6%	83,0%												

Fonte: Banco de dados criado e adaptado a partir de informações disponibilizadas pela ANS em seu portal eletrônico. Elaboração própria.

ND= Não Disponível

(*) Não está entre as 10 maiores neste ano

(**) sem faturamento

Quadro 6: Ranking das 10 maiores operadoras, segundo número de beneficiários. Rio de Janeiro, 2005-2008

Operadora (Rio de Janeiro)	Modalidade	Quantidade de Beneficiários				Posição no Ranking			
		2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Bradesco Saúde S/A	Seguradora	2.562.934	2.592.100	2.110.230	2.140.528	1	1	1	1
Amil Assistência Médica Internacional Ltda	Medicina de Grupo	945.315	1.073.300	966.491	1.014.849	2	2	2	2
Sul América Seguro Saúde S/A	Seguradora	717.342	678.558	712.803	780.280	3	3	3	3
Amico Saúde Ltda.	Medicina de Grupo	496.315	492.409	578.217	761.319	4	5	4	4
Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.	Cooperativa Médica	482.898	501.010	509.704	525.840	5	4	5	5
Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda.	Medicina de Grupo	462.948	460.700	486.431	515.301	6	6	6	6
Sul América Companhia de Seguros Saúde S/A	Seguradora	433.158	389.467	350.954	333.603	7	7	7	7
DIX Assistência Médica Ltda	Medicina de Grupo	386.421	(*)	(*)	(*)	8	(*)	(*)	(*)
Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda.	Medicina de Grupo	198.375	240.620	236.482	236.082	9	8	8	8
UNIMED - São Gonçalo - Niterói - Soc. Coop. Serv. Med e Hosp Ltda.	Cooperativa Médica	129.337	129.566	140.975	141.559	10	9	9	9
Total 10 maiores		6.815.043	6.557.730	6.092.287	6.449.361				
Outras		102.996	107.273	-	-				
Total Mercado Competidor - Rio de Janeiro (operadoras acima de 100 mil beneficiários)		6.918.039	6.665.003	6.092.287	6.449.361				

Fonte: Banco de dados criado e adaptado a partir de informações disponibilizadas pela ANS em seu portal eletrônico. Elaboração própria.
 (*) Não está entre as 10 maiores neste ano

Quadro 7: Ranking das 10 maiores operadoras, segundo número de beneficiários. Brasil, 2005-2008

Operadora (Brasil)	Modalidade	Quantidade de Beneficiários				Posição no Ranking			
		2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Bradesso Saúde S.A	Seguradora	2.562.934	2.592.100	2.110.230	2.140.528	1	1	1	1
Intermédica Sistema de Saúde S/A	Medicina de Grupo	1.383.531	1.394.100	1.586.764	1.630.617	2	2	2	2
Amil Assistência Médica Internacional Ltda	Medicina de Grupo	945.315	1.073.300	966.491	1.014.849	3	3	4	3
Sul América Seguro Saúde S/A	Seguradora	717.342	678.558	712.803	780.280	4	5	5	4
Medial Saúde S/A.	Medicina de Grupo	714.715	976.605	1.484.143	1.465.581	5	4	3	3
Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.	Cooperativa Médica	581.505	597.973	642.273	691.202	6	7	8	6
AMESP Sistema de Saúde Ltda.	Medicina de Grupo	520.285	(*)	(*)	(*)	7	(*)	(*)	(*)
AMESP Administradora de Planos de Saúde e odontológicos S/C	Medicina de Grupo	(*)	565.680	(*)	(*)	(*)			(*)
Central Nacional UNIMED - Cooperativa Central	Cooperativa Médica	508.177	534.281	663.857	532.536	8	9	7	8
Amico Saúde Ltda.	Medicina de Grupo	496.315	501.010	578.217	761.319	9	(*)	9	5
Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.	Cooperativa Médica	482.898	(*)	509.704	525.840	10	10	10	9
Unimed Paulista - Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico	Cooperativa Médica	ND	641.480	679.514	675.530	(*)	6	6	7
Total 10 maiores		8.913.017	9.555.087	9.936.003	10.218.282				
	Outras	9.391.895	9.391.895	9.265.632	10.453.575				
Total Mercado Competidor - Brasil		18.304.912	18.531.326	19.201.635	20.671.857				
(operadoras acima de 100 mil beneficiários)									

Fonte: Banco de dados criado e adaptado a partir de informações disponibilizadas pela ANS em seu portal eletrônico. Elaboração própria.

(*) Não está entre as 10 maiores neste ano

ND = Não disponível

1.2.2. Estratégias de Conduta das Operadoras

As características específicas de cada modalidade, teoricamente, fazem com que suas estratégias de conduta tendam a ser diferenciadas. Como citado por ANDREAZZI & KORNIS (2003b), cada uma teria suas vantagens e desvantagens: para as seguradoras, a principal vantagem seria a economia de escala (pelo seu grande porte, pela diluição de riscos) e de escopo (possibilidade de aproveitar a infraestrutura “alheia” – outra empresa do mesmo grupo - como canal de vendas, ou ainda, a experiência acumulada com tecnologia da informação). Além disto, a facilidade de acesso ao mercado de capitais, como discutido por POSSAS (1990), o fato de já estar intrínseco em seu negócio a presença de elevadas reservas técnicas iniciais completariam o quadro favorável. A principal desvantagem ficaria por conta da impossibilidade de integração vertical (rede própria), mas isto é ultrapassável na medida em que se pode criar outra empresa dentro do grupo com esta função.

No caso das empresas médicas (medicina de grupo) e das cooperativas, a presença de economia de escala também poderia ser observada, tanto em termos de diluição de risco, quanto pelo aumento de poder de negociação junto aos prestadores - dada a grande demanda que poderia ser-lhes direcionada. No entanto, somente aquelas organizações que compõem a casta mais alta do oligopólio competitivo seriam beneficiadas.

A fim de observar o comportamento estratégico das operadoras foi efetuado um levantamento dos principais pontos apontados pelas organizações como determinantes de suas condutas estratégicas. Para tanto, foi comparada a estratégia divulgada institucionalmente através do clipping, incluindo as informações divulgadas nos portais corporativos, com o que foi efetivamente realizado (constatável elas demonstrações contábeis), discutindo as diferenças.

A seguir, descreve-se – por modalidade e por operadora - as estratégias percebidas através do exame das demonstrações econômico-financeiras destas entidades e do que foi

capturado de relevante pelo clipping, para estabelecer a principal veia estratégica de cada uma e compará-la com as da modalidade de cooperativa, foco do trabalho. Apesar de observadas individualmente, procurou-se identificar em que ponto estas organizações líderes podem ser tidas como representantes de seus segmentos ou se constituem um bloco à parte das demais. As demonstrações econômico-financeiras foram consultadas como fonte de informação sobre as estratégias efetivamente implantadas.

A transparência das informações é uma constante entre as 5 concorrentes, porém encontramos diferenças de foco. Por exemplo, nem todas disponibilizam em seus portais eletrônicos institucionais seus demonstrativos econômico-financeiros, através do relatório anual; este foi o caso, por exemplo, da cooperativa médica estudada. É possível que a explicação venha da ausência de obrigatoriedade legal desta divulgação. Todas as demais organizações estudadas têm suas ações negociadas em bolsa e, portanto, submetem-se às exigências de transparência nas informações de modo muito mais efetivo que as cooperativas médicas, inclusive apresentando os dados do grupo econômico a que pertencem. Isto permite que a cooperativa ocupe este espaço com informações consideradas mais afins ao segmento, como as ações ligadas à responsabilidade social.

1.2.2.1. Cooperativa Médica - Unimed-Rio Cooperativa de Trabalhos Médicos Ltda.

1.2.2.1.1 Estratégias Divulgadas

Esse segmento autônomo da medicina é a vertente liberal da assistência à saúde. A Unimed-Rio é a maior cooperativa do Sistema Unimed⁵³. em faturamento. Possui mais de 740 mil clientes, mais de 5.200 médicos cooperados, 365 recursos credenciados, com 95 hospitais na rede. São cerca de 1.500 colaboradores, 3 lojas de relacionamento, 6 lojas hospitalares e 167 leitos exclusivos contratados junto a hospitais de sua rede.

⁵³ Todos os dados foram obtidos no portal institucional da cooperativa estudada.

Os números do Sistema Unimed são ainda mais impressionantes: Segundo a Unimed do Brasil, são mais de 15 milhões de clientes, um conjunto de 377 cooperativas médicas, mais de 106 mil médicos cooperados, 32 mil empregos diretos e 290 mil indiretos gerados, mais de 16 mil recursos credenciados, 67 hospitais próprios, sendo mais de 3,2 mil leitos próprios, além de 267 ambulâncias

Um levantamento de mercado efetuado pelo Jornal Valor Econômico em um suplemento especial dedicado à saúde suplementar, divulgado em 2006, fornece importante material para comparações com os dias atuais. Segundo a publicação:

“houve um **reposicionamento e o fortalecimento da marca** por meio de campanhas publicitárias, que renderam 12 prêmios de propaganda e marketing entre 2004 e 2005. Além disso, a empresa promoveu um **controle de custos, com reformulação de processos internos e administrativos; modernização dos recursos tecnológicos de informação; investimentos em recursos humanos**, com oferta, em parceria com a Fundação Getúlio Vargas, de cursos de extensão e de pós-graduação aos funcionários; **melhorias nos canais de atendimento ao consumidor**, por meio de novas lojas, layout padronizado e centrais de atendimento por telefone e via internet. Para 2006, a meta é atingir um faturamento ao redor de R\$ 1,3 bilhão e reduzir a sinistralidade para 77% (SAÚDE SUPLEMENTAR, 2006, p. 87 – grifos nossos)

Um ponto importante não abordado é o aumento progressivo da divulgação, através da disponibilização para download em seu portal eletrônico, de vários demonstrativos que fazem parte do **Programa de Responsabilidade Social** da cooperativa. Sua relação com os pilares do cooperativismo médico encontram-se assim descritos no portal:

“Os valores fundamentais de nosso programa de Responsabilidade Social compartilham os princípios que fizeram a Unimed surgir e que constituem a base do cooperativismo, especialmente na área médica. Está na raiz de nossa profissão agir com vistas ao bem comum.” (UNIMED-RIO, 2009)

Este programa tem como principais pilares a promoção de saúde integral, integração social e oportunidades e educação. São exemplos destes relatórios: os Relatórios de

Sustentabilidade (a partir de 2007, contendo os Indicadores do GRI⁵⁴); os Balanços Sociais (a partir de 2004, apresentando principais resultados do investimento na área); o Manual de Política de Responsabilidade Social (de 2006, que contém as principais diretrizes e projetos da área de responsabilidade social para os anos seguintes, além de estabelecer compromissos públicos com os colaboradores e com a sociedade em geral). A área de responsabilidade social é muito valorizada pela cooperativa, como se infere pela análise de seu organograma onde aparece ligada (in) diretamente à Presidência, como uma assessoria técnica estratégica.

De todo o visto, identifica-se uma grande preocupação com as informações divulgadas, a manter-se nos padrões das empresas de mais alto nível no mercado ou acima destas, mostrando uma sintonia com a política de **valorização da marca**. Esta transparência nas informações é um pré-requisito do modelo de gestão chamado **governança corporativa**, adotado pela organização, que é um modelo típico (e obrigatório) de empresas que negociam ações no mercado de capitais. Este modelo pressupõe obediência a um conjunto de regras que garante a proteção dos proprietários quanto a possíveis abusos cometidos pelos administradores do negócio, favorecidos pelo (des) interesse dos Conselhos Administrativo e Fiscal e/ ou omissão das auditorias independente. Seus princípios são: transparência, equidade, *accountability* (prestação de contas) e responsabilidade corporativa (INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA, 2009). Além dos proprietários, o modelo procura estender esta proteção aos demais *stakeholders* (partes interessadas: indivíduos ou entidades que assumam algum tipo de risco, direto ou indireto, em face da sociedade: os empregados, clientes, fornecedores, credores, governos, entre outros. Esta é

⁵⁴ Os indicadores do GRI (*Global Report Iniciative*) são um conjunto de instrumentos de auto-avaliação e aprendizagem utilizados com o objetivo de avaliar a gestão quanto à incorporação de práticas de responsabilidade social, planejamento de estratégias e monitoramento do seu desempenho geral. É divulgado pela cooperativa como diferencial competitivo. O argumento é que apenas 250 empresas em todo o mundo têm a comunicação com acionistas, clientes e sociedade com máximo grau de transparência, relevância e consistência destes indicadores, sendo que, no Brasil, onde há cerca de 70 empresas que adotam o padrão GRI, apenas 12 atingiram o nível A em seus últimos relatórios, como foi o caso da cooperativa.

uma política de **modernização e profissionalização** da cooperativa, também mencionada no corpo de seus relatórios.

Também são política definidas pela organização presentes nos discursos de seus dirigentes, todos eles médicos, no Relatório de Sustentabilidade da cooperativa: manutenção do crescimento, através do aumento do número de clientes, com ampliação da liderança do mercado; continuar como a empresa⁵⁵ que mais bem remunera os médicos, *“dois aspectos que revelam geração de trabalho e de riqueza para os sócios”*, conforme Celso Barros. Além disto, o melhor *“relacionamento próximo com a rede médica e o compromisso histórico com os sócios”* são pontos ressaltados pelo vice-presidente e diretor médico, Abdu Kexfe. O diretor de mercado, Eduardo Bordallo, salienta que *“acreditar, compreender e inovar são gestos com o DNA da Unimed-Rio”*, além de mencionar o poder que uma boa marca tem de gerar credibilidade no mercado, ainda que este esteja passando por momentos de atribulação. Já o diretor financeiro David Spacenkoff, comenta que os desafios para 2009 são grandes em função *“da necessidade de constituição de garantias aos direitos dos clientes e... alta performance econômica, para gerar credibilidade e estabilidade”*, acreditando que a cooperativa, neste ponto, está bem posicionada. O diretor administrativo, Bartholomeu Coelho, ressalta *“a diversidade como caminho da evolução”*, salientando que são premissas da organização, neste sentido, *“o entendimento, objetivos comuns claros a todos, colaboração, compartilhamento e responsabilidade”* (RELATÓRIO, 2008, f.6-7).

Para o futuro, as oportunidades de crescimento percebidas são a verticalização, *“que compreende tanto a criação de recursos médicos próprios quanto a incorporação de prestadores de serviço”* inclusive quanto à *“possibilidade de gestão mais racional dos custos médicos e como forma de aprimorar o processo de inteligência sobre as necessidades específicas dos clientes”* e prevê a construção de um hospital próprio *“dotado de recursos*

⁵⁵ Denominação normalmente utilizada para organizações com fins lucrativos

tecnológicos equiparáveis aos mais avançados centros diagnósticos e terapêuticos do país, com foco em procedimentos de alta complexidade” e que adote “o conceito de empreendimento sustentável” (RELATÓRIO, 2008, p. 16-17).

Outras diretrizes são a excelência na prestação de serviços e gestão de saúde (com políticas de promoção e prevenção em saúde e a filosofia de saúde integral), a valorização dos colaboradores, com capacitação, inclusão em campanhas de saúde conscientização sobre consumo consciente e adesão a programas de voluntários. A contribuição da cooperativa junto à sociedade, interna e externamente, sob a forma da prática e divulgação da gestão pela sustentabilidade, através da adoção de políticas de responsabilidade social, acompanham a relação das estratégias divulgadas (RELATÓRIO, 2008). Os relatórios anuais anteriores não estão disponíveis no site eletrônico.

De tudo o que foi apresentado, cabe destacar que, para a cooperativa, é a marca a grande responsável pelo sucesso alcançado, como se observa no discurso:

“pode-se, sem exagero, creditar à força de atração da marca Unimed-Rio o desempenho comercial de destaque que permitiu, mesmo em um cenário adverso, que a cooperativa obtivesse um resultado 68expressivo do ponto de vista econômico-financeiro” (RELATÓRIO, 2008, p. 68)

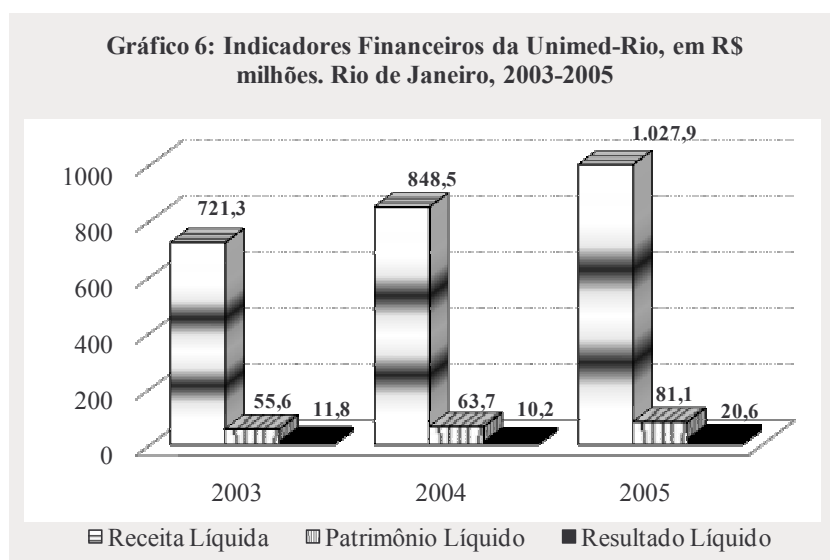
Finalmente, vale ainda ressaltar a importância da representatividade política do principal dirigente desta cooperativa, o médico pediatra Celso Barros foi durante 8 anos, simultaneamente, presidente da singular (Unimed-Rio) e presidente da Confederação (Unimed do Brasil). Ele foi o grande responsável pela reunião do sistema que em 1998, à época da sua eleição como presidente da singular, encontrava-se fragmentado nacionalmente, com a presença de uma corrente dissidente, a Aliança Nacional Cooperativista Unimed, sendo um importante defensor da modernização do cooperativismo médico. Portanto, em termos estratégicos, a cooperativa poderia ser considerada uma das orientadoras de políticas dentro

do sistema, não só por sua relevância em termos de faturamento e valor da marca, mas também pela própria estrutura da alta administração

1.2.2.1.1 Estratégias Realizadas

Quando observamos as demonstrações financeiras, estas refletem um importante crescimento da organização, tanto em termos de faturamento quanto de resultado e patrimônio líquido. Apesar da presidência da cooperativa ser de responsabilidade do mesmo dirigente desde 1998, é perceptível uma mudança de estratégia importante a partir de 2002, quando a cooperativa encontrava-se em situação econômico-financeira desfavorável, conforme destacado pelo suplemento. Entre 2003 e 2005 a cooperativa obteve um aumento de 72% no seu resultado líquido (cerca de R\$ 9 milhões), aumentando o seu patrimônio líquido em aproximadamente R\$ 307 milhões (43%). Neste intervalo, o faturamento cresceu 456%, um aumento de R\$ 26 milhões. **(Gráfico 6):**

“O bom desempenho da cooperativa em 2005, refletido também no índice de sinistralidade, que chegou a cerca de 78% (o menor dos últimos seis anos), foi resultado de um processo de reestruturação iniciado em 2002. Naquele ano, a Unimed- Rio teve um prejuízo de R\$ 5,6 milhões” (SAÚDE SUPLEMENTAR, 2006, p. 88).



Fonte: SAÚDE SUPLEMENTAR, 2006, p.87

Quanto à formação do resultado, os dados⁵⁶ permitem concluir que a estratégia da cooperativa esteve focada principalmente nos esforços de vendas e promoção da marca, além do controle de custos e investimento em pessoal. As evidências são o crescimento do faturamento em 144% contra um crescimento de custos de 122%; o gradual e constante aumento da participação dos gastos com a corretagem das vendas (despesas de comercializações – de 3,2% do faturamento, em 2001, para 6,3% em 2008) e o grande aumento das despesas administrativas⁵⁷ (11,4% do faturamento, em 2001, para 17,8% em 2008).

O controle sobre os custos lhe permitiu um grande avanço nos indicadores de sinistralidade, que inicialmente era de 81,3%, fechando 2008 com 73,2%, uma média de 78,9% no período. Note-se que o volume de gastos em termos absolutos, em todos os itens mencionados, é bastante significativo (**Quadro 8**).

Os dados de sinistralidade apresentados acima não encontram espelho quando se analisa sob o ponto de vista global da modalidade, conforme consta da **Tabela 10**, o que pode sugerir os efeitos positivos de uma economia de escala..

A adesão de novos cooperados tem sido um mecanismo de captação de recursos utilizado com regularidade desde então e hoje a cooperativa é constituída de 5.253 membros (2003 = 4.398), a maior rede credenciada de médicos na saúde suplementar. Foi o início de uma gestão com foco em resultados, que trouxe a cooperativa à posição de destaque atual.

Examinadas as informações disponibilizadas pela ANS e aglutinadas no banco de dados, observou-se que o patrimônio líquido em 2002 representava apenas 15% do total do passivo, passando a perto de 40%, no final de 2005. No entanto, atualmente, a cooperativa encontra-se novamente com um patrimônio líquido que representa perto de 14% de seu

⁵⁶ Observa-se uma diferença entre os dados do **Gráfico 6** e os do **Quadro 8**. Tais diferenças podem resultar da divulgação de dados parciais, em datas distintas. As análises não são prejudicadas pelo fato.

⁵⁷ As despesas administrativas incluem os gastos com publicidade e propaganda (23% do grupo, em 2008) e pessoal (29% do total, em 2008).

passivo total, muito em função do registro neste ano, por imposição legal, do reconhecimento de possíveis perdas com desfechos desfavoráveis de processos judiciais, no valor de R\$ 543,5 milhões⁵⁸, o que também pode ser considerada uma estratégia de atuação na geração de caixa do período.

A discussão da obrigação em juízo foi um posicionamento estratégico da maior parte das cooperativas (**Quadro 9**). A última cooperativa a registrar a informação foi a Unimed Paulistana, por entender ser pouco provável a perda das ações, mas que por ordem da ANS teve que fazê-lo em junho de 2009, num montante de R\$ 657,6 milhões, conforme foi divulgado pelo Jornal Valor Econômico no dia 25 daquele mês. A grande discussão gira em torno da interpretação sobre a definição de Ato Cooperativo na Lei 5764/71, art. 79 (**Anexo II**), pois é questionado se as operações com os demais prestadores de serviço – que não os cooperados – faz parte ou não da mesma.

É possível que a opção estratégia destas de questionar a obrigação tenha sido um dos fatores decisivos para permiti-las manter-se em operação, por não comprometer seu fluxo de caixa e permitindo investimentos em outras direções.

⁵⁸ Referem-se a obrigações tributárias anteriores a 2008 e não reconhecidas, retiradas do lançamento original a débito de lucros acumulados, devido à transferência da obrigação do pagamento aos médicos cooperados, por orientação da ANS, não podendo se repetir. Registrados na conta 2332_PROVISÕES PARA CONTINGÊNCIAS, no passivo exigível a longo prazo, contra a conta 138_OUTROS CRÉDITOS A RECEBER A LONGO PRAZO, no ativo realizável a longo prazo. A ANS entende que a cooperativa, por sua natureza, teria “a receber” os recursos necessários para honrar tais possíveis “obrigações” discutidas em juízo, tendo sido o fato aprovado pelos cooperados em Assembléia Geral. Isto evitou o registro de uma despesa que afetaria diretamente a destinação dos resultados no exercício.

Quadro 8 - Principais dados econômico-financeiros: Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. Brasil, 2001-2008.

Ano	Total Beneficiários (em unidades)	Contraprestações efetivas (CE)	Eventos indenizáveis (EI)	em R\$ mil				Resultado líquido (RL)			Simetralidade (S=EI/CE)	
				Despesas de comercialização (DC)		Despesas administrativas (DA)		Patrimônio líquido ou social (PLS)	R\$	% de Retorno das Vendas (RL/CE)		% de Retorno sobre o Patrimônio Líquido (RL/PLS)
				R\$	% sobre o faturamento (DC/CE)	R\$	% sobre o faturamento (DA/CE)					
2001		627.521	510.136	20.284	3,2%	71.639	11,4%	15.537	5.100	0,8%	32,8%	81,3%
2002	ND	634.877	536.498	20.963	3,3%	65.846	10,4%	37.500	(5.614)	-0,9%	-15,0%	84,5%
2003		717.775	582.153	26.708	3,7%	77.251	10,8%	55.549	11.759	1,6%	21,2%	81,1%
2004		844.402	677.509	37.723	4,5%	103.958	12,3%	63.672	10.154	1,2%	15,9%	80,2%
2005	482.898	1.016.373	799.895	50.718	5,0%	118.425	11,7%	81.102	20.567	2,0%	25,4%	78,7%
2006	501.010	1.223.620	945.463	66.589	5,4%	159.193	13,0%	99.353	26.038	2,1%	26,2%	77,3%
2007	509.704	1.214.381	906.889	77.652	6,4%	193.298	15,9%	129.449	23.884	2,0%	18,5%	74,7%
2008	525.840	1.533.344	1.130.159	96.821	6,3%	273.623	17,8%	132.552	26.157	1,7%	19,7%	73,7%

Fonte: Banco de dados criado e adaptado a partir de informações disponibilizadas pela ANS em seu portal eletrônico. Elaboração própria.

ND = Informação não disponível.

Quadro 9 - Efeito dos aspectos tributários nas cooperativas médicas. Dez maiores cooperativas, por volume de passivo exigível. Brasil, 2008

COOPERATIVA	LOCAL DA SEDE	TOTAL DE BENEFICIÁRIOS (em unidades)	em R\$				% DE OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS SOBRE O PASSIVO TOTAL
			PASSIVO EXIGÍVEL	PROVISÕES - TRIBUTOS DIFERIDOS E CONTINGÊNCIAS	TRIBUTOS E ENCARGOS SOCIAIS A RECOLHER	TOTAL RELACIONADO A IMPOSTOS	
UNIMED CURITIBA	PR	426.757	831.200.803	382.120.502	339.166.067	721.286.569	86,8%
UNIMED-RIO	RJ	584.926	789.451.930	543.469.323	4.231.012	547.700.335	69,4%
UNIMED DE FORTALEZA	CE	311.893	465.030.552	349.499.908	-	349.499.908	75,2%
UNIMED CAMPINAS	SP	424.913	396.716.098	286.547.014	-	286.547.014	72,2%
UNIMED PAULISTANA	SP	718.791	335.989.553	6.330.653	11.002.828	17.333.480	5,2% (*)
UNIMED BH	MG	710.583	294.048.288	71.876.807	-	71.876.807	24,4%
UNIMED RECIFE	PE	101.226	231.565.490	-	162.328.936	162.328.936	70,1%
UNIMED SAO JOSÉ DO RIO	SP	105.565	222.143.178	167.508.972	12.055.445	179.564.417	80,8%
UNIMED DE BELÉM	PA	268.074	174.501.225	49.203.442	1.686.751	50.890.193	29,2%
CENTRAL NACIONAL UNIMED	SP	724.531	167.400.452	28.917.991	-	28.917.991	17,3%

Fonte: Banco de dados criado e adaptado a partir de informações disponibilizadas pela ANS em seu portal eletrônico. Elaboração própria.

(*) A Unimed Paulista somente contabilizou a provisão para contingências em junho de 2009, no valor de R\$ 657,6 milhões.

1.2.2.2. Seguradoras

São empresas que pertencem ao mercado financeiro, e só passaram a existir na forma atual por força da Lei 10.185/ 01: apesar de já atuantes na modalidade de seguros e sendo reguladas também pela SUSEP, foram “convidadas” a abdicar da comercialização dos demais tipos de seguro, em função de a ANS exigir que os planos de saúde sejam o seu único produto. Na prática, podem ter sido constituídas como dissidentes das firmas originais, justamente para garantir sua participação neste nicho de mercado. Normalmente fazem parte de uma grande rede corporativa ligada a operações de crédito, como bancos e financeiras. Por este motivo, têm a vantagem de contar com a estrutura administrativa e técnica especializada em raciocinar “risco” (chance de sinistro), sinistro (evento a ser coberto pelo seguro) e “incerteza” (evento inesperado, risco que não pode ser medido – muito comum no âmbito da saúde).

Das 5 maiores operadoras selecionadas para análise individual, 3 são seguradoras (Bradesco Saúde, Sul América Companhia de Seguros e Sul América Seguro Saúde S/A), o que mostra uma contradição em relação ao *market share* da modalidade já que, como visto, ele é o menor em termos de quantidade de beneficiários e o segundo menor em faturamento, em comparação com as demais modalidades concorrentes.

As seguradoras compõem a única das modalidades com regulamentação já estabelecida antes da Lei 9656/98. GUERRA (1988) descreve os detalhes: estão habituadas às regras de escrituração contábil, provisionamento de reservas e exigências de garantias financeiras para lastrear suas operações, sob regras de várias instituições, tais como o CNSP (definidor de políticas), a SUSEP (executor e fiscalizador das políticas), o IRB (ressegurador, segurador das seguradoras) e outros como a FUNENSEG (instituição acadêmica). Por serem sociedades anônimas (têm suas ações negociadas na Bolsa de Valores), são obrigadas a ser transparentes a respeito de seu patrimônio, para que o investidor possa acompanhar seu

desempenho; além disso, já nascem com a obrigação de constituir-se a partir de um capital mínimo determinado e a uma série de outras exigências relacionadas à comprovação de sua solvência.

Na operação de planos de saúde as seguradoras, anteriormente à Lei, estavam sujeitas a algumas limitações: obrigatoriedade de livre-escolha no seguro-saúde (sua operação era limitada ao ressarcimento dos gastos efetuados pelos segurados, sob a forma de reembolso); restrição dos canais de vendas (obrigatoriamente gerando comissão de corretagem à FUNENSEG) e restrição operacional – restringindo a operação às vendas de seguros, estando proibida a prestação de serviços de saúde diretamente. (GUERRA, 1998). Após a Lei 9.656/98 as seguradoras tiveram que especializar-se no ramo, porém adquiriram o direito de constituir rede credenciada, não ficando limitada às operações de reembolso. Os dados sobre as seguradoras selecionadas revelam aspectos importantes quanto às diferenças na atuação estratégica, conforme descrito a seguir.

.1.2.2.2.1. Estratégias Divulgadas Seguradoras - Bradesco Saúde S/A

Na publicação SAÚDE SUPLEMENTAR (2006), a Bradesco Saúde constava como a líder do segmento de seguradoras e também a maior operadora do setor de saúde suplementar. Este quadro se mantém até hoje, tanto em quantidade de beneficiários quanto em faturamento; no entanto, a sinistralidade desta modalidade é a mais alta de todas. (**Tabela 8**, já apresentada). Por outro lado, dado o volume de operações realizadas, a geração de resultado, em termos absolutos, é bastante relevante.

Sua estratégia tem sido atuar principalmente na comercialização de planos coletivos. Como consta da publicação, em 2006 cerca de 12 mil empresas possuíam seguros com a Bradesco Saúde, sendo que 32 das 100 maiores companhias do país eram seus clientes, conforme informações desta. (SAÚDE SUPLEMENTAR, 2006)

A Bradesco Saúde teve um prejuízo de R\$ 209,8 milhões em 2005 (**Quadro 10**) devido ao registro de provisões constituídas para segurados com 59 anos ou mais do seguro-saúde individual antigos, contratados antes da Lei nº 9.656, de 1998, e “pela adoção do regime de capitalização no cálculo das provisões para o benefício da remissão por falecimento do segurado titular do seguro saúde individual”, que foi considerado necessário para representar o lastro das operações. (SAÚDE SUPLEMENTAR, 2006)

Em um movimento comum ao das demais seguradoras, deixou de vender planos de assistência médica a pessoas físicas, investindo no mercado de seguros odontológicos e na oferta de planos médico-hospitalares às empresas de pequeno e médio portes. Há menção, no suplemento, sobre uma reestruturação administrativa entre 2004 e 2005, visando à redução de custos da assistência à saúde, quando passou a renegociar preços e estabelecer protocolos médicos junto à rede prestadora, além de adotar o gerenciamento de internações de longa permanência, gerenciamento de doenças e de promoção da saúde. Quanto aos investimentos, estes têm sido na área de tecnologia da informação, com o objetivo de automatizar processos e melhorar o fluxo de informações para a gestão do atendimento a assegurados, de maneira que possa ser possível reavaliar os produtos ofertados.

1.2.2.2.2. Estratégias Realizadas - Seguradoras - Bradesco Saúde S/A

Quanto à formação do resultado, percebe-se que as despesas de comercialização têm um comportamento uniforme no período de 2001 a 2004, numa média de 5% do total do faturamento. Em função do prejuízo e da reestruturação administrativa mencionados, constata-se um comportamento irregular nos anos seguintes. As despesas administrativas consomem uma parte bem menor do faturamento quando comparadas à cooperativa estudada, representando no período uma média de 8% do faturamento, contra os 13% observados naquela organização

Quadro 10 - Principais dados econômico-financeiros: Bradesco Saúde S/A. Brasil, 2001-2008.

Ano	Total Beneficiários (em unidades)	em R\$ mil										Simistralidade (S=EI/CE)			
		Contraprestações efetivas (CE)		Eventos indenizáveis (EI)		Despesas de comercialização (DC)		Despesas administrativas (DA)		Patrimônio líquido ou social (PLS)			Resultado líquido (RL)		
		R\$	% sobre o faturamento (CE)	R\$	% sobre o faturamento (EI)	R\$	% sobre o faturamento (DC)	R\$	% sobre o faturamento (DA)	R\$	% sobre o faturamento (PLS)		R\$	% de Retorno das Vendas (RL/CE)	% de Retorno sobre o Patrimônio Líquido (RL/PLS)
2001		2.145.601		1.762.797		81.947	3,8%	172.008	8,0%	369.960		23.356	1,1%	6,3%	82,2%
2002		2.346.712		1.978.204		72.025	3,1%	218.353	9,3%	446.779		75.933	3,2%	17,0%	84,3%
2003	ND	2.646.397		2.328.437		79.021	3,0%	292.162	11,0%	563.706		602	0,0%	0,1%	88,0%
2004		3.111.258		2.805.029		96.425	3,1%	257.923	8,3%	548.329		(16.519)	-0,5%	-3,0%	90,2%
2005	2.562.934	3.604.403		3.244.027		101.839	2,8%	224.797	6,2%	1.838.667		(209.832)	-5,8%	-11,4%	90,0%
2006	2.592.100	3.561.841		3.315.045		10.954	0,3%	239.230	6,7%	1.839.067		2.242	0,1%	0,1%	93,1%
2007	2.110.230	2.920.138		3.500.937		137.186	4,7%	254.119	8,7%	1.848.525		24.827	0,9%	1,3%	119,9%
2008	2.140.528	4.591.120		3.893.150		181.506	4,0%	341.483	7,4%	2.305.100		460.150	10,0%	20,0%	84,8%

Fonte: Banco de dados criado e adaptado a partir de informações disponibilizadas pela ANS em seu portal eletrônico. Elaboração própria.

ND = Informação não disponível.

A Bradesco Saúde manteve-se na liderança das operadoras, tanto em faturamento quanto em número de beneficiários, durante todo o período (no máximo, experimentou uma vice-liderança temporária), apesar das oscilações do resultado líquido observadas. Também não foi constatada relação entre a evolução dos índices de sinistralidade e a dos resultados líquidos de cada período. Esta disparidade não é observada na mesma intensidade quando se analisa o caso da cooperativa médica.

1.2.2.2.3. Estratégias Divulgadas - Seguradoras - Sul América Seguro Saúde S/A e Sul América Companhia de Seguros S/A

Como reportado no estudo SAÚDE SUPLEMENTAR (2006), o grupo Sul América desde 2004 atua com 2 seguradoras especializadas em saúde, a Sul América Seguro Saúde S.A e a Sul América Cia. de Seguros S.A., tendo havido uma divisão de produtos entre as 2 empresas: a primeira, com os planos coletivos e a segunda, com os individuais (do mesmo modo que a Bradesco, não havia interesse em manter os contratos individuais). Há ainda a informação que o grupo Sul América é ainda sócio na Brasil Saúde, junto com o Banco do Brasil.

Como o Bradesco, um interesse maior vem sendo despertado pelo segmento odontológico, no qual a operadora está investindo esforços. A partir de 2005 houve uma boa recuperação nos negócios com planos coletivos, com melhoria nas taxas de sinistralidade; no entanto, o impacto global do negócio ainda é muito prejudicado em função dos contratos individuais, com os piores resultados em termos de sinistralidade, de todas as empresas analisadas. (SAÚDE SUPLEMENTAR, 2006).

Estes resultados positivos no grupo de contratos coletivos foi resultado de uma renegociação de com seus prestadores hospitalares referenciados, controle intensivo de fraudes e a adoção de um projeto de controle de sinistros. Adicionalmente, aumentou as operações com a Sul América Serviços de Saúde S.A. (empresa de medicina de grupo do

conglomerado). Outra ação que vem sendo tomada é o investimento em campanhas junto aos corretores, com o objetivo de aumentar sua carteira (economia de escala), conforme descrito em SAÚDE SUPLEMENTAR (2006).

1.2.2.2.4. Estratégias Realizadas – Seguradoras - Sul América Seguro Saúde S/A e Sul América Cia de Seguros

A principal estratégia observada foi a transferência da maior parte das operações da Sul América Cia de Seguros para a Sul América Seguro Saúde, por conta da opção por privilegiar operações com planos coletivos, já mencionada. Esta movimentação explica as constatações de evolução das duas operações no *ranking*, com o surgimento da segunda entre as 5 maiores, em 2003, no segundo lugar e mantendo posição até o final do período, ao mesmo tempo em que a primeira passou do 1º lugar, em 2001, para o 5º, no final de 2008

Os **Quadros 11 e 12** resumem os principais dados econômico-financeiros das duas empresas: No que diz respeito à formação do resultado, o comportamento decrescente das despesas de comercialização da Sul América Cia de Seguros confirma os dados divulgados (desinteresse pela comercialização de planos individuais, fatia que ficou com a empresa). A partir de 2007 observa-se o aumento das despesas de comercialização da Sul América Seguro S/A, que ficou com os planos coletivos, mostrando sua revitalização. Novamente se constata uma ausência de relação entre a evolução do resultado líquido e a dos índices de sinistralidade, como foi demonstrado na apresentação sobre a Bradesco Saúde S.A..

Quadro 11 - Principais dados econômico-financeiros: Sul América Companhia de Seguros Saúde S/A. Brasil, 2001-2008.

Ano	Total Beneficiários (em unidades)	Contraprestações efetivas (CE)	Eventos indenizáveis (EI)	Despesas de comercialização (DC)		Despesas administrativas (DA)		Patrimônio líquido ou social (PLS)	Resultado líquido (RL)			Sinistralidade (S=EI/CE)
				R\$	% sobre o faturamento (DC/CE)	R\$	% sobre o faturamento (DA/CE)		R\$	% de Retorno das Vendas (RL/CE)	% de Retorno sobre o Patrimônio Líquido (RL/PLS)	
2001		2.782.277	2.264.765	108.235	3,9%	315.639	11,3%	585.946	74.724	2,7%	12,8%	81,4%
2002	ND	2.566.066	2.044.060	75.246	2,9%	303.497	11,8%	698.042	67.284	2,6%	9,6%	79,7%
2003		2.670.902	2.264.278	81.271	3,0%	295.583	11,1%	872.621	91.026	3,4%	10,4%	84,8%
2004		1.321.265	1.148.421	432	0,03%	178.405	13,5%	888.252	(62.756)	-4,7%	-7,1%	86,9%
2005	433.158	1.356.489	1.175.025	9.313	0,7%	98.605	7,3%	1.017.004	(1.314)	-0,1%	-0,1%	86,6%
2006	389.467	1.387.520	1.188.825	8.485	0,6%	93.560	6,7%	1.024.725	187.744	13,5%	18,3%	85,7%
2007	350.954	1.553.909	1.189.680	6.972	0,4%	118.296	7,6%	838.323	336.663	21,7%	40,2%	76,6%
2008	333.603	1.395.168	1.174.964	26.399	1,9%	101.435	7,3%	1.427.521	340.328	24,4%	23,8%	84,2%

Fonte: Banco de dados criado e adaptado a partir de informações disponibilizadas pela ANS em seu portal eletrônico. Elaboração própria.

ND = Informação não disponível.

Quadro 12 - Principais dados econômico-financeiros: Sul América Seguro Saúde S/A. Brasil, 2001-2008.

Ano	Total Beneficiários (em unidades)	Contraprestações efetivas (CE)	Eventos indenizáveis (EI)	Despesas de comercialização (DC)		Despesas administrativas (DA)		Patrimônio líquido ou social (PLS)	Resultado líquido (RL)			Sinistralidade (S=EI/CE)
				R\$	% sobre o faturamento (DC/CE)	R\$	% sobre o faturamento (DA/CE)		R\$	% de Retorno das Vendas (RL/CE)	% de Retorno sobre o Patrimônio Líquido (RL/PLS)	
2001		140.247	114.836	8.764	6,2%	15.017	10,7%	373.546	92.552	66,0%	24,8%	81,9%
2002	ND	1.792.900	1.493.735	106.786	6,0%	140.031	7,8%	368.472	(8.101)	-0,5%	-2,2%	83,3%
2003		1.854.756	1.431.032	135.296	7,3%	133.031	7,2%	483.082	89.537	4,8%	18,5%	77,2%
2004	717.342	1.939.619	1.438.419	15.176	0,8%	180.794	9,3%	501.506	116.657	6,0%	23,3%	74,2%
2005	678.558	2.211.936	1.574.968	166.838	7,5%	235.213	10,6%	451.495	165.796	7,5%	36,7%	71,2%
2006	712.803	2.503.494	1.832.724	202.971	8,1%	259.593	10,4%	763.279	193.306	7,7%	25,3%	73,2%
2007												
2008												

Fonte: Banco de dados criado e adaptado a partir de informações disponibilizadas pela ANS em seu portal eletrônico. Elaboração própria.

ND = Informação não disponível.

1.2.2.3. Medicina de Grupo – Amil Assistência Médica Internacional S/A (do grupo Amil Par S/A).

A Medicina de Grupo é uma modalidade que contempla as empresas médicas, que tendem a formar sua rede de atendimento a partir de unidades próprias. No caso dos médicos, os contratam para trabalhos assalariados em sua rede própria ou credenciam-nos para atendimento a seus clientes em seus próprios consultórios (CORDEIRO, 1998) Por sua natureza empresarial, tem como diretriz a permanente necessidade de redução de custos.

1.2.2.3.1. Estratégias divulgadas

Dentro desta modalidade, o grupo Amil é um dos maiores operadores de planos de saúde do Brasil. A Amil Assistência Médica Internacional Ltda perde em número de beneficiários apenas para a Intermédica, cuja sede localiza-se em São Paulo, e atua no mercado em conjunto com a DixAmico, que é a empresa que resultou da fusão da Amico⁵⁹ com a Dix (ambas do mesmo grupo da Amil). O grupo é um grande conglomerado, com uma rede de farmácias, a Farmalife, uma Empresa de Serviços Hospitalares (Esho), que gerencia seis hospitais, um centro de tratamento intensivo neonatal e um laboratório de medicina diagnóstica; o centro de diagnósticos e tratamento Foccus e a Amil Resgate Saúde (SAÚDE SUPLEMENTAR, 2006).

Conforme o mesmo suplemento, a diversificação de produtos foi uma estratégia adotada pela operadora, em 2006, com a criação do “Next”, um produto voltado principalmente para a classe C, de cobertura mais restrita (estratégia similar ocorreu na Unimed-Rio, com o Plano Personal, que tem abrangência municipal. Não foi possível identificar, cronologicamente, quem exerceu o papel de inovador e quem foi o imitador, pela falta destas informações em caráter público)

⁵⁹ Antiga divisão de assistência à saúde suplementar da Cigna (informação do portal institucional da Amil Par)

Em 2007, a administração optou pela estratégia de abertura de capital (comercialização de ações na bolsa de valores - IPO) como forma de captar recursos no mercado e expandir seus negócios: Em São Paulo, a Medial já havia feito este movimento em 2006, captando, no total, R\$ 430 milhões⁶⁰

“a estratégia da Amil certamente é se consolidar como uma gigante no mercado de aquisições” (Isto é Dinheiro, 19/09/07)

“...o grupo Amil abriu seu capital com lançamento de ações na bolsa de valores de São Paulo em outubro de 2007. na operação captou aproximadamente R\$2 bilhões com os papéis” (Diário de São Paulo, 13-08-09, p. 11)

Um movimento crescente de fusões e incorporações foi observado nas empresas médicas, de um modo geral (em São Paulo, o grupo Amesp foi comprado pela Medial, contendo uma operadora, hospitais, um centro médico e um laboratório de análises clínicas). Parece que as empresas médicas decidiram que a melhor estratégia passava pela expansão dos negócios, no sentido da verticalização, o que depende de um grande volume de recursos, tendo sido a IPO o mecanismo selecionado para a obtenção destes.

1.2.2.3..1. Estratégias realizadas

Os dados econômico-financeiros apresentados no **Quadro 13** corroboram os dados apresentados anteriormente. Com relação à formação do resultado, por ser uma empresa médica (rede própria), tem despesas administrativas muito maiores (%) que as demais concorrentes estudadas. Outro destaque fica por conta das despesas de comercialização, que em 2008 cresceram quase 70% (em termos absolutos), quando comparado com o ano anterior, sugerindo um investimento maciço em esforço de vendas via comissionamento dos corretores

⁶⁰ Como noticiado no Jornal Valor Econômico na edição de 12 de março de 2007

Quadro 13 - Principais dados econômico-financeiros: Amil Assistência Médica Internacional Ltda. Brasil, 2001-2008.
em R\$ mil

Ano	Total Beneficiários (em unidades)	Contraprestações efetivas (CE)	Eventos indenizáveis (EI)	Despesas de comercialização (DC)		Despesas administrativas (DA)		Patrimônio líquido ou social (PLS)	Resultado Líquido (RL)			Simetralidade (S=EI/CE)
				R\$	% sobre o faturamento (DC/CE)	R\$	% sobre o faturamento (DA/CE)		R\$	% de Retorno das Vendas (RL/CE)	% de Retorno sobre o Patrimônio Líquido (RL/PLS)	
2001		893.079	663.144	30.166	3,4%	165.953	18,6%	91.322	32.617	3,7%	35,7%	74,3%
2002	ND	1.039.392	757.216	25.628	2,5%	308.203	29,7%	410.101	45.669	4,4%	11,1%	72,9%
2003		1.168.837	862.043	25.124	2,1%	285.964	24,5%	397.014	40.513	3,5%	10,2%	73,8%
2004		1.290.228	914.372	21.073	1,6%	314.160	24,3%	428.408	45.030	3,5%	10,5%	70,9%
2005	945.315	1.608.630	1.164.094	33.089	2,1%	352.677	21,9%	481.104	79.009	4,9%	16,4%	72,4%
2006	1.073.300	1.837.812	1.283.871	51.583	2,8%	452.482	24,6%	518.162	75.336	4,1%	14,5%	69,9%
2007	966.491	2.306.319	1.645.860	78.142	3,4%	474.379	20,6%	359.376	127.061	5,5%	35,4%	71,4%
2008	1.014.849	3.055.521	2.202.280	132.329	4,3%	478.301	15,7%	568.630	143.932	4,7%	25,3%	72,1%

Fonte: Banco de dados criado e adaptado a partir de informações disponibilizadas pela ANS em seu portal eletrônico. Elaboração própria.
ND = Informação não disponível.

Fica claro o efeito positivo inicial das estratégias adotadas a partir de 2007, se analisados os resultados líquidos dos períodos imediatamente seguintes. Entretanto, já se tem notícias de que este ritmo de crescimento vem sofrendo um grande processo de desaceleração, como veiculado na mídia :

“Lucro da Amil cai 99% no trimestre – Ganhos de R\$ 600 mil ante os R\$ 61,4 milhões registrados de abril a junho do ano passado (Diário de São Paulo, ‘13/08/09)

O **Quadro 14** apresenta um detalhamento de algumas contas de resultado, mostrando alguns aspectos interessantes:

No caso das despesas administrativas, mostra que a Unimed-Rio foi a operadora que mais empreendeu esforços com a valorização da marca, – ratificando as descrições anteriores - dado o percentual do faturamento destinado às despesas com publicidade e propaganda institucional. Ao mesmo tempo, mostra que esta não é uma preocupação, absolutamente, para as seguradoras.

Outro destaque fica por conta do grupo de despesas patrimoniais. Estas contas incluem os resultados apurados com os investimentos feitos pelas operadoras em imóveis e em outras empresas. Neste último caso, se o investimento é feito em empresas do próprio grupo, registra-se a perda na equivalência patrimonial, isto é, os reflexos negativos, dos investimentos feitos em empresas coligadas/ controladas (o reconhecimento da participação da investidora no prejuízo da investida)⁶¹. A única operadora que não possui este tipo de despesa é a Unimed-Rio. Este tipo de contabilização tem outra face, que são os ganhos com o mesmo tipo de operação, que vão para a conta de receita correlata.

⁶¹ A descrição sobre o funcionamento da conta encontra-se no Plano de Contas Padrão da ANS

Quadro 14 - Despesas, em relação ao faturamento, por operadora selecionada, em R\$ e em %. Rio de Janeiro, 2008.

PLANO DE CONTAS PADRÃO (ANS)	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO	SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A		SUL AMÉRICA CIA. DE SEGURO SAÚDE S/A		BRADESCO SAÚDE S.A.	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA	
		2.536.874.297	100,0%	1.404.018.679	100,0%			4.591.119.981
31_ CONTRAPRESTAÇÕES EFETIVAS / PRÊMIOS GANHOS	1.533.344.133	100,0%		1.404.018.679	100,0%	4.591.119.981	3.101.602.482	100,0%
43_DESPESAS DE COMERCIALIZAÇÃO	96.820.934	6,3%	202.971.432	8,0%	26.398.683	1,9%	181.505.859	4,0%
46_DESPESAS ADMINISTRATIVAS	273.622.896	17,8%	259.592.663	10,2%	101.434.744	7,2%	341.483.430	7,4%
461_DESPESAS COM PESSOAL PRÓPRIO	79.793.737	5,2%	167.556.053	6,6%	35.264.245	2,5%	110.951.267	2,4%
462_DESPESAS COM SERVIÇOS DE TERCEIROS	36.147.562	2,4%	27.900.581	1,1%	26.998.022	1,9%	112.033.390	2,4%
463_DESPESAS COM LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO	35.565.318	2,3%	31.283.437	1,2%	17.923.570	1,3%	61.349.546	1,3%
464_DESPESAS COM PUBLICIDADE E PROPAGANDA INSTITUCIONAL	61.860.017	4,0%	19.218.430	0,8%	216.170	0,02%	7.376.049	0,2%
47_DESPESAS PATRIMONIAIS	-	-	5.470.372	0,2%	4.642.249	0,3%	80.463.420	1,8%
							70.196.988	2,3%

Fonte: Banco de dados criado e adaptado a partir de informações disponibilizadas pela ANS em seu portal eletrônico. Elaboração própria.

Quadro 15. Resultado Patrimonial, por operadora selecionada, em R\$ e em %. Rio de Janeiro, 2008.

PLANO DE CONTAS ANS	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO	SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A		SUL AMÉRICA CIA. DE SEGURO SAÚDE S/A		BRADESCO SAÚDE S.A.	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA
		48.039.423	241.628.373	4.642.249	60.569.744		
351 RECEITAS PATRIMONIAIS	629.024	48.039.423	241.628.373	4.642.249	60.569.744	70.196.988	15.172.067
47_DESPESAS PATRIMONIAIS	-	5.470.372	4.642.249	236.986.125	80.463.420	70.196.988	55.024.920
RESULTADO PATRIMONIAL	-	42.569.051	236.986.125	(19.893.676)	80.463.420	70.196.988	55.024.920

Fonte: Banco de dados criado e adaptado a partir de informações disponibilizadas pela ANS em seu portal eletrônico. Elaboração própria.

Efetuando-se um encontro de contas entre receitas e despesas patrimoniais (**Quadro 15**, acima), percebe-se um impacto bastante positivo na Sul América Cia. de Seguros (resultado positivo de R\$ 237milhões), ocorrendo o oposto na Amil (prejuízo de R\$ 55 milhões). É possível que o fato de pertencer a um conglomerado financeiro possa trazer experiência de investimento ou solidez de grupo econômico como vantagem competitiva para as seguradoras, em relação às demais modalidades.

A avaliação das estratégias das operadoras, individualmente, em comparação às percebidas para as modalidades como grupo demonstra bastante correlação de cada operadora com o comportamento de sua modalidade. A exceção é o caso das cooperativas médicas que, como grupo, tem uma sinistralidade muito maior que a da Unimed-Rio, sugerindo a importância da economia de escala para o sucesso das operações. O fato não se repete nas empresas médicas, que normalmente têm sinistralidade menor, em função do controle mais facilitado sobre os custos assistenciais, em função da rede própria.

Em termos históricos, ao compararmos o movimento do mercado privado de planos de saúde dos anos 2000 com o dos anos 90, percebemos pouca inovação, pois a grande maioria das estratégias já era praticada, como no caso da verticalização, das fusões e incorporações, etc (ANDREAZZI, 2003a). As novidades ficaram por conta da abertura de capital da Amil⁶², o investimento em reposicionamento da marca, feito pela Unimed-Rio e a saída das seguradoras do mercado de planos individuais.

⁶² O primeiro caso de repercussão desta estratégia de captação de recursos foi o da Medial, em São Paulo, que em setembro de 2006 captou R\$ 750 milhões

CAPÍTULO 2 - OS DILEMAS DO COOPERATIVISMO MÉDICO DIANTE DO PADRÃO DE COMPETIÇÃO DO MERCADO

2.1. Breve histórico

A filosofia do cooperativismo tem suas raízes no distante século XVI, perceptíveis através de manifestações de autores a respeito de sociedades igualitárias e propriedades comuns, com a preservação dos direitos individuais e coletivos, como a publicação *A Utopia*, de Thomas More, em 1540. Exemplos de aplicação práticas das idéias destes teóricos nos séculos seguintes foram comunidades alternativas lideradas por socialistas utópicos, como os *falanstérios* (na França) e a colônia *New Harmony* (nos Estados Unidos), no século XIX. Nos *falanstérios* havia a distribuição da produção entre todos os integrantes da sociedade; na *New Harmony*, o pagamento era feito na proporção dos trabalhos realizados e em bônus de trabalho, em vez de dinheiro. (VIVEIROS, 1999). Para DUARTE (2004), estas seriam, na verdade, formas alternativas de vida em comum, mais próximas das cooperativas de consumo (a tipologia atual das cooperativas será descrita em seguida) que das cooperativas de trabalho, como no caso das cooperativas médicas.

Segundo DUARTE (2004), é de 1760 o primeiro registro de surgimento de uma cooperativa de trabalho, entendendo-as como uma organização de trabalhadores contra os efeitos do capitalismo industrial. Entre 1826 e 1835, ocorreu uma proliferação de associações ligadas a sindicatos e, em 1844, o movimento de 28 tecelões de Rochdale é mencionado pela autora como o marco do cooperativismo moderno, que resultou em uma organização de trabalhadores que inovaram a partir da adoção oficial de um conjunto de regras específicas para este tipo de organização. Esta é a visão inclusive das organizações oficiais do cooperativismo no Brasil e no mundo (OCB e ACI ⁶³, respectivamente), que apresentam o

⁶³ A ACI é o órgão máximo de representação do cooperativismo, no âmbito internacional, lutando pela preservação d suas tradições, defendendo e divulgando sua história, valores e princípios. A OCB é a sua representante no âmbito nacional.

movimento como sendo o nascedouro do cooperativismo, podendo ser entendido como “a transformação de uma doutrina utópica numa realidade no campo econômico, social e empresarial” VIVEIROS (1999, p. 63). No Brasil, a OCB considera que a filosofia cooperativista tem suas raízes nas reduções jesuíticas, em 1670, mas considera como marco do início do cooperativismo no Brasil a fundação da colônia Teresa Cristina (uma cooperativa de produção), fundada em 1847 – curiosamente – por um médico (!), o francês Jean Maurice Fevre (SCHNEIDER, 2005).

Uma referência específica feita por VIVEIROS (1999) quanto ao nascimento do cooperativismo médico no mundo é a que menciona a luta contra a intermediação empresarial instituída em Dallas (Texas), com a criação das organizações *Blue Cross* e a *Blue Shield*⁶⁴. No Brasil, a criação da Unimed Santos, em 1967 é considerada o marco do cooperativismo médico no país, com o médico Edmundo Castilho que, em luta contra o chamado empresariamento da medicina (medicina de grupo), alegava que os leigos cerceavam o trabalho médico, restringindo sua autonomia e achatando seus honorários, através do assalariamento. A cooperativa seria a melhor resposta para o problema:

“... organização que, pelo seu conteúdo, consubstancia teses defendidas pelas nossas entidades de classe. Medicina sem fins lucrativos, com livre escolha de médicos... O médico não poderia abrir mão dessa prerrogativa e entregar a leigos ou mesmo médicos não-escrupulosos as mudanças estruturais que, embora envolvendo questões econômicas, só a si e ao doente dizem respeito. Terceiros com idéias lucrativas não cabem no esquema reformulatório, pois a industrialização da doença aviltaria o doente e despiria o médico de toda e qualquer consideração, ao tornar-se peça de uma máquina geradora de dinheiro. A medicina só pode servir a quem presta ou a quem recebe, nunca a terceiros, diz o nosso Código de Ética”. (VIVEIROS, 1999, p. 73)

⁶⁴ Visão algo controversa. Na verdade, a organização que melhor poderia ser comparada às cooperativas médicas seria a Blue Shield, por se tratar de uma associação de médicos que disponibilizam seus serviços de modo autônomo, garantida a liberdade de fixação de seus honorários e de suas práticas profissionais, de acordo com seus próprios critérios. A Blue Cross é responsável pela cobertura de serviços hospitalares.

As cooperativas médicas, portanto, foram criadas como organizações sem fins lucrativos (como todas as cooperativas), constituindo-se em uma sociedade de pessoas que partilhavam dos mesmos objetivos (VIVEIROS, 1999) e cujos valores tinham suas raízes na defesa da autonomia no exercício da profissão, livre escolha dos pacientes e honorários justos para os para os serviços prestados pelos seus membros. (CORDEIRO, 1984.)

2. 2. Princípios filosóficos e doutrinários

De um modo geral, as sociedades cooperativas baseiam-se em princípios filosófico-doutrinários específicos, que estabelecem as diretrizes da organização quanto aos seus objetivos, organização do quadro social e definição de área e forma de atuação, entre outros. A própria definição de sociedade cooperativa divulgada pela ACI em seu relatório anual dá idéia da singularidade deste tipo de organização social:

“Uma cooperativa é uma associação autônoma de pessoas, unidas voluntariamente em favor de necessidades e desejos econômicos, sociais e culturais comuns, através de um empreendimento autogerido e democraticamente controlado.” (ICA, 2004, p.8 – tradução livre)

Os valores cooperativistas citados pela ACI em seu relatório anual de 2004⁶⁵ são a ajuda e responsabilidade mútuas, democracia, igualdade, equidade e solidariedade. Segundo a tradição de seus fundadores, os membros de uma cooperativa acreditam nos valores éticos da honestidade, transparência, responsabilidade social e preocupação com o semelhante.

Os sete princípios do cooperativismo médico divulgados no relatório anual e nos portais eletrônicos das cooperativas espalhadas pelo mundo são: **adesão e desligamento voluntários** (a participação é aberta a qualquer membro que aceite as regras estabelecidas para o grupo; não há qualquer espécie de discriminação de gênero, raça, condição sócio-econômica ou político-partidária); **gestão democrática pelos membros** (cada cooperado

⁶⁵ Curioso observar que este foi o único relatório, dentre os acessados, que tem uma página inteira dedicada a esta divulgação. Os relatórios posteriores priorizam a divulgação das ações internacionais de suas subsidiárias e as informações contábeis e o parecer de auditores independentes, aos moldes das instituições de capital aberto (!)

possui direito a um voto, independente do capital investido; assim, as decisões políticas e administrativas são derivadas de oportunidades iguais de manifestação, por todos os membros); **participação econômica dos membros** (os membros participam equitativamente para a formação do capital. Parte do capital é propriedade comum e a compensação recebida é limitada ao capital subscrito. Se houver excedente, este pode ser utilizado para uma das seguintes finalidades: desenvolvimento da cooperativa, possivelmente através da constituição de reservas - parte devendo manter-se indivisível, benefícios aos cooperados - na proporção de suas atividades com a cooperativa - e apoio a outras atividades aprovadas pelos membros); **autonomia e independência** (em caso de acordos com o governo ou outras organizações, a transação deverá ser feita sob a condição de preservar o controle democrático dos membros, bem como a autonomia da cooperativa); **educação, formação e informação** (a cooperativa deve prover a educação permanente de seus membros e de seus representantes eleitos, gerentes e empregados, para que possam contribuir efetivamente para o desenvolvimento da organização, além de informar o público em geral – especialmente os jovens e formadores de opinião – das vantagens da natureza e dos benefícios da cooperação; **cooperação entre as cooperativas** (atuando em conjunto por meio de representações locais, regionais, nacionais e internacionais o movimento cooperativista é fortalecido) e, finalmente, **preocupação com a comunidade** (os membros devem aprovar a formulação de políticas sociais, fazendo com que a cooperativa trabalhe visando o desenvolvimento sustentável das comunidades).

2.3. Aspectos estruturais e legais

Existem certas peculiaridades legais do cooperativismo que as distinguem – ou deveriam distinguir - das demais modalidades, como o conceito de sociedade cooperativa, especificado na Lei 5764/71, que define a política nacional de cooperativismo e encontra-se atualmente em vigor:

“celebram contrato de sociedade cooperativa as pessoas que reciprocamente se obrigam a **contribuir com bens ou serviços** para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum, sem objetivo de lucro (BRASIL, 1971, Art. 3º, grifos nossos).

“As cooperativas são **sociedades de pessoas**, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil, não sujeitas à falência, **constituídas para prestar serviços aos associados**”. (BRASIL, 1971, Art. 4º, grifos nossos)

Como visto, as cooperativas distinguem-se das outras organizações - especialmente as sociedades de capital - por serem sociedades de pessoas, cujo objetivo principal é prestar serviços aos seus associados, em vez de obter lucros; por este motivo, nas deliberações, cada pessoa é um voto (nas sociedades de capital isto é função da quantidade de ações, quanto maior, mais poder de voto). Outra diferença é que nas cooperativas, em tese, não há limite quanto ao número de associados a se filiar, exceto pela própria operacionalização da associação (deve ser guardada uma proporção geográfica que garanta a cada cooperado alguma reserva de mercado, evitando a invasão de “sua área” por outro cooperado) e pela necessidade de concordância com as regras definidas no estatuto. No caso das sociedades de capital, há um número limitado de acionistas (tem relação com as ações emitidas). Finalmente, o retorno do investimento, as chamadas sobras, que são distribuídas em função da participação de cada associado na produção da cooperativa (que, paradoxalmente é um custo assistencial), enquanto que nas demais, principalmente as de capital aberto, o retorno é função do capital investido.

Além do aspecto societário e distribuição de resultado, as cooperativas diferem na forma de administração: uma peculiaridade deste tipo de organização é a sua estrutura em rede nacional (Intercâmbio) que, assim como no caso do Sistema Unimed, é composto por 3 grandes grupos de organizações, em função de sua área de abrangência: as Singulares (organização com completa autonomia econômico-financeira e administrativa – diretores eleitos para mandatos determinados - e que partilha com as demais de princípios comuns e obriga-se a preservar sua marca), as Centrais ou Federações (estaduais) e, em nível nacional, na Confederação Nacional (Unimed do Brasil).

Quando as grandes cooperativas fecham contratos com empresas que, apesar de terem sua sede dentro da área de abrangência da cooperativa, têm dimensão nacional de atuação, surge clientela por todo o território, para ser atendida pelas menores por meio do ‘intercâmbio’ entre elas. O fato de existirem múltiplas pequenas operadoras espalhadas pelo país, nos mais longínquos ou pouco habitados municípios (capilaridade) também pode ser considerada uma vantagem competitiva desta modalidade. Resumindo, haveria espaço para todas elas, pequenas ou grandes, dentro do mercado, desde que a atuação estivesse sempre focada na cooperação, em vez de na competição ou em uma preocupação primordial quanto à economia de escala, que ocorre em função dos moldes concentradores já apresentados..

Apesar de reconhecer estas especificidades (uma vez que a própria definição da modalidade de cooperativa faz menção à referida lei), o órgão regulador não dispensa à modalidade um tratamento legal diferenciado em relação às demais concorrentes. Isto não favorece a perpetuação dos princípios doutrinários do cooperativismo, em função da necessidade dos administradores de manter a cooperativa lutando por sua sobrevivência neste ambiente de competição acirrada e baseado na lógica de acumulação de capital, tendo que lançar mão de estratégias típicas desta lógica. O dilema instalado está na oscilação entre ser uma organização fiel aos seus princípios doutrinários, porém em desvantagem competitiva e com risco de não se manter viável no mercado e ser uma organização “modernizada”, que tenta adaptar suas opções estratégicas às condições de competição no mercado, garantindo sua sobrevivência. Alguns autores destacam esta situação:

“As cooperativas têm como objetivo fundamental a remuneração adequada do trabalho dos numerosos membros a ela cooperados. Como firmas, portanto, seus processos de acumulação são imperfeitos – não tem objetivos lucrativos e apresentam mecanismos mais ampliados de decisão.” (ANDREAZZI & KORNIS, 2003b, f.9)

“... Durante o seu crescimento, como apontam alguns autores, a Unimed de fato perdeu parte de suas características iniciais, especialmente na última

década, mas igualmente ampliou suas possibilidades de atuação no mercado, adquirindo um formato característico de complexo econômico” (DUARTE, 2004, p.44).

IDE faz alusão ao tema de forma não específica ao cooperativismo médico, mas que tem aplicação no caso:

“Tais substituições, cujo papel legitimador coube aos pensadores liberais, *deslugareificou* os lugares, onde os saberes autóctones eram hegemônicos, como pode ser inferido a partir do declínio das cooperativas de consumo na Europa. Entende-se por *deslugareificação*, portanto, a destruição gradativa das formas coletivas locais de organização em favor das técnicas de produção capitalista”. IDE (2006:9)

CORDEIRO (1984) resumiu o desvio dos motivos originais da criação das cooperativas, cuja preocupação exclusiva era a defesa da autonomia e a livre escolha do médico pelo paciente.

“Progressivamente, esta modalidade concebida por oposição à Medicina de Grupo evoluiria para a adoção dos convênios-empresa, gerindo e repassando recursos de forma semelhante às empresas médicas. Portanto, pretendendo-se colocar à margem da ‘medicina capitalista’, ainda assim passava a integrar o complexo médico-empresarial.. (cuja) consequência foi a perda de autonomia...” (CORDEIRO, 1984, p.71)

Acredita-se que a própria regulamentação do setor e a criação da ANS possam ter agravado o fato, pois, como anteriormente mencionado, a Agência procurou uniformizar as regras de funcionamento para todas as modalidades (OCKÉ-REIS, 2005) e, ao que parece pelo levantamento efetuado e discutido no capítulo anterior, o fez em direção ao modelo segurador. Isto traz à tona outro dilema vivido pelo cooperativismo: trata-se de sua possível perda de identidade.

2.4. O dilema existencial – função das cooperativas médicas

O risco de perda de identidade das cooperativas médicas tem sua origem na própria (in) definição quanto à sua natureza: as cooperativas médicas são enquadradas pela OCB como cooperativas do ramo saúde, em vez do ramo trabalho⁶⁶, acenando com o conflito a respeito do real campo de atuação das cooperativas médicas.

“... O Ramo Saúde é composto por **cooperativas que se dedicam à preservação e recuperação da saúde humana**. As cooperativas abrangem médicos, psicólogos, odontólogos e pessoal afim, bem como os usuários desses serviços. Esse ramo surgiu no Brasil, na cidade de Santos (SP), no dia 18 de dezembro de 1967 e se estendeu a outros países (OCB)... **Obviamente, essas cooperativas deveriam estar no Ramo Trabalho**, mas pela sua especificidade, número e importância, o Sistema OCB resolveu criar um ramo específico, incluindo nele todas as cooperativas que tratam da saúde humana...” (OCB/ RJ, portal eletrônico, grifos nossos)

Para complicar, alguns autores as classificam como empresas médicas, de CORDEIRO (1984) à BAHIA (2008), numa alusão à sua inserção no mercado competitivo de assistência privada à saúde. As múltiplas facetas de sua atividade explodem quando se as localiza como “operadoras de planos de saúde”: afinal qual seria, precipuamente, o seu negócio? Há, na atualidade, uma conjunção de atividades: intermediação financeira (seguros-saúde), comercialização de planos de saúde, assistência à saúde (prestação de serviços de saúde) e organização do trabalho médico.

O que se discute aqui é até que ponto estas funções são compatíveis entre si, ou caminham para a concorrência. Este conflito é ainda mais perceptível ao trazermos à tona o tema da destinação dos recursos gerados pela cooperativa que, principalmente, são utilizados para pagamento dos prestadores de serviços médicos. Nesta hora vale ressaltar que uma grande parte deste pagamento não vai para cooperados, mas sim para hospitais, clínicas e serviços especializados, em uma contradição que ressuscita o dilema de função envolvendo as atividades de prestadora de serviços e operadora de saúde.

⁶⁶ Note que o nome da cooperativa estudada é “Unimed-Rio Cooperativa **de Trabalho Médico** Ltda.”.

Quanto à função financeira, uma demonstração do fato de que este conflito extrapola os limites internos da cooperativa é a descrição, de modo uniforme, de todas as organizações enquadradas como operadoras de saúde, presente em uma publicação especializada sobre o setor:

“O Valor Análise Setorial “Saúde Suplementar” tem como foco aquelas companhias que financiam o setor de saúde privado no Brasil: as operadoras de planos de saúde privada. O estudo está dividido em três partes”. (SAÚDE SUPLEMENTAR, 2006, p. 6 - grifos nossos)

Na verdade, historicamente, a função das operadoras tem sido relacionada ao financiamento do sistema, sob a forma de intermediação financeira (ANDREAZZI, 2003; SICSU 2002). Para os dirigentes das cooperativas, no entanto, esta função não é o aspecto mais relevante de sua atividade.

A ANS, por outro lado, também vê esta questão de um modo específico: ao intitular-las (e às demais operadoras de saúde) “gestoras de saúde”, mostra outra visão de sua função, complicando ainda mais a situação. Na verdade, a própria agência ainda não definiu qual é o papel das operadoras de saúde no sistema, pelo que se pode observar da regulamentação emitida, que ora valoriza os aspectos econômicos como sua diretriz maior, ora incentiva as operadoras a terem uma performance de gestora dos serviços de saúde de sua rede prestadora. Acredita-se que, agindo assim, a ANS subtrai ou minimiza a responsabilidade do Gestor Municipal sobre a saúde dos cidadãos, que independente da forma de financiamento, seja público, seja privado, é do Estado. É um dilema que reafirma o problema da subdivisão do sistema de saúde do país (que se pretendia único) e que transborda para o cooperativismo médico. Não é objetivo do trabalho discutir a relação público-privada na saúde; o assunto veio à tona apenas para demonstrar que o ambiente institucional acaba por influenciar as organizações gerando conflitos, como parece ser o caso. Na verdade, as

incoerências entre as leis que regem todas estas atividades deveriam ser revisitadas, buscando harmonizar estes conceitos – iniciando-se pela constituição federal.

Ainda em relação ao combate à tendência de tratamento uniforme das operadoras pela ANS, colabora para o dilema, em alguns casos, a própria definição do produto, – entendendo-se a cooperativa exclusivamente como operadora – o que merece considerações. Com relação à sua diferenciação, cabe ressaltar a importância da gestão da rede prestadora de serviços na caracterização da diferença conceitual entre plano de saúde e seguro-saúde. ANDREAZZI (2002) entende que o seguro-saúde é o produto comum de todas as modalidades de operação:

“... este grupo de firmas (das diversas modalidades) teria um produto comum, que são contratos para cobertura de riscos de adoecimento, e um processo técnico comum: a atuária e a gerência de sinistros, além de um mercado comum, de intermediação financeira para o consumo de serviços privados de saúde, na sua forma mais pura” (ANDREAZZI, 2002, p.138)

Aqui, em contraponto, defende-se que o produto ‘plano de saúde’ não pode ser considerado um ‘seguro’, *stricto sensu*, uma vez que as operadoras (exceto as seguradoras) não se subordinam ao Decreto Lei 73/66 que trata dos seguros privados, nem à SUSEP e tampouco ao IRB, todos estes órgãos que regulam a comercialização dos seguros, de modo geral. Este também é o entendimento da publicação do vice-presidente do IRB na gestão de 1997, que se refere a um “*modelo do seguro de saúde, inteiramente diverso do conceito dos planos de saúde*” (PEREIRA FILHO, 1999, p.110), fazendo referência ao trabalho de uma autoridade jurídica da área de seguros ⁶⁷. No detalhe::

“O seguro de saúde tem objeto distinto das atividades das empresas que exploram os serviços de plano de saúde ou medicina de grupo, conforme dispõe o art. 129 do Decreto-Lei nº 73/66, segundo o qual não é esse objeto senão dar cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar, pelos

67 O Dr. Ricardo Bechara Santos é advogado especializado em seguros, autor de pelo menos 3 livros sobre o assunto. A obra citada é o artigo “O seguro saúde e seus aspectos jurídicos relevantes” (Revista do IRB, Rio de Janeiro, 57 (275): 4-11, jul./set. 1996)

sistemas de livre escolha ou convênio, mediante o pagamento do que se denomina prêmio, que é a função dos riscos, onde o segurador suporta os custos financeiros do tratamento médico do segurado” (SANTOS, 1996 *apud* PEREIRA FILHO, 1999, p. 113)

O assunto é controverso; o aspecto que se quer enfatizar é o das diferenças existentes entre as modalidades de operação, justificativa para a discussão sobre a regulamentação praticada pela ANS. Defende-se uma visão neoschumpeteriana do produto “plano de saúde”, qual seja a de uma gama de produtos heterogêneos, caracteristicamente fomentadores de estratégias de economia de escala por diferenciação (TEIXEIRA, 2001; POSSAS, 2002; OCKÉ-REIS, 2007). Acredita-se que o órgão regulador se baseie na visão oposta, pois a legislação tem sido alterada de modo a favorecer esta interpretação aqui combatida, conforme se pretende demonstrar a seguir:

A primeira versão da Lei 9656/98 já tratava o produto comercializado de maneira dúbia; o próprio título denuncia a ambigüidade: “Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde” (BRASIL, 1998a). No parágrafo 1º do Artigo 1º, a lei referia-se à operação de planos e a de seguros como tendo características distintas: os **seguros** eram caracterizados como uma “garantia de cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente”, enquanto que os **planos** eram tratados de forma mais abrangente, como um produto oferecido “mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros”, sem restrições. Depois de várias medidas provisórias alterando o texto original, a redação final foi dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001 nos seguintes termos:

“Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da

operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor” (BRASIL, 1998b, grifos nossos)

Percebe-se, claramente, que esta redação define a fusão dos dois conceitos anteriormente diferenciados. O fato de a regulamentação original ter sido alterada é considerado um fator determinante da legitimação da interpretação de que, entendendo o produto comercializado como sendo da mesma natureza em todo o setor, seria factível à regulamentação tratar todas as modalidades que o operam sob as mesmas bases. Tal interpretação aqui se refuta veementemente, embora se ainda possa admitir, grosso modo, que o mercado-alvo seja o mesmo para todas as modalidades competitivas, variando apenas quanto ao nicho selecionado para exploração.

2.5. Aspectos tributários

Esta discussão possui base institucional, radicada nas contradições existentes entre as diretrizes expressas na Constituição Federal e as práticas observadas no mercado. Na verdade, o fato de a Lei 5764/ 71 ser anterior à Constituição atualmente em vigor já justificaria, em parte, sua defasagem em relação à atual realidade econômica e política do país.

Em teoria, como visto no capítulo 1, as cooperativas médicas - juntamente com as demais instituições sem fins lucrativos - estariam favorecidas por uma política de aproximação com o governo para atuação no setor saúde, na esfera privada. De fato, algum benefício fiscal⁶⁸ tem sido praticado, como no caso do imposto de renda, que não incide sobre os atos cooperativos.

É importante o entendimento a respeito da definição de ato cooperativo, pois é em seu entorno que se encontra o embate jurídico-contábil apresentado anteriormente. É um conceito que define que base de cálculo será utilizada para apuração das obrigações com impostos - inclusive a não incidência destes - estabelecido através da Lei 5764/71 e que vem

⁶⁸ Os detalhes sobre os aspectos tributários gerais das cooperativas encontram-se no **Anexo I**

sendo questionada em juízo. O objetivo da definição é caracterizar a ausência de teor mercantil nas atividades das cooperativas, descaracterizando, em consequência, a incidência de impostos:

“Art. 79. Denominam-se atos cooperativos os praticados entre as cooperativas e seus associados, entre estes e aquelas e pelas cooperativas entre si quando associados, para a consecução dos objetivos sociais.”
“Parágrafo único. O ato cooperativo não implica operação de mercado, nem contrato de compra e venda de produto ou mercadoria.” (BRASIL, 1971)

As cooperativas vinham sendo beneficiadas neste sentido desde a implantação da lei, em relação a determinados impostos como PIS, COFINS, FINSOCIAL, Contribuição Social, Imposto de Renda e ISS, porém com a expansão do mercado e a necessidade crescente de transações com prestadores hospitalares, clínicas e serviços especializados, tem sido questionada a caracterização destas como atos cooperativos, fomentando as dúvidas quanto à melhor forma de representação contábil do dilema, bem como as decisões estratégicas das cooperativas, conforme já discutido. Trata-se, portanto, de uma questão relevante a ser observada pelo Estado, caso seja seu desejo manter-se fiel aos preceitos constitucionais de fomento ao cooperativismo, pois, como visto, os impactos tributários nos balanços das cooperativas são extremamente relevantes. Como a opção estratégica das cooperativas foi pela discussão em juízo, questiona-se a posição em que o cooperativismo estaria, dentro da saúde suplementar, caso não tivessem utilizado estes recursos para o investimento em sua própria operação.

2.5. A gestão (não) compartilhada, corporativismo e unimilitância

Outro dilema é o relacionado ao princípio de gestão democrática pelos membros, cuja origem está na natureza dos serviços prestados, enquanto produtos O cooperativismo médico tem um particular em relação às formas de cooperativismo mais conhecidas (como o agropecuário, por exemplo), que normalmente giram em torno da produção de um único

produto, estando a cooperativa encarregada de viabilizar sua comercialização, favorecida em preços pela economia de escala proporcionada pela atividade do grupo. No caso do cooperativismo médico, não existe esse produto único resultante do esforço de seus associados, principalmente em se tratando de planos de saúde, pois estes não são desenhados pelos médicos. Na verdade, na maioria dos casos, cada um está na cooperativa buscando obter o seu sucesso pessoal – mais clientes para atender – envolvendo-se pouco ou nada com as questões administrativas, que também são necessárias para garantir o envolvimento de todos, com benefícios equânimes (que é um pressuposto do regime de cooperação), além da saúde econômico-financeira da cooperativa.

“... muitas cooperativas nos confessam que poucos cooperados participam das Assembléias e dos atos formais de prestação de contas, deixando para a Diretoria todo o encargo na aprovação ou não de contas, revisão das rotinas e demais decisões, sendo que, sempre orientamos os cooperados a tomarem uma atitude pró-ativa, pois, uma vez fazendo parte da cooperativa, é extremamente importante que participe e compareça a essas Assembléias, deixando registrada a sua aceitação ou não por determinada decisão” (SAÚDE SUPLEMENTAR, 2006, p. 6 - grifos nossos)

Este é um dos dilemas mais importantes: o cooperado, dono do negócio, é ao mesmo tempo o responsável pela geração dos custos dentro da cooperativa, seja diretamente (através do atendimento de clientes no consultório) ou indiretamente (quando prescreve exames ou indica cirurgias, às vezes até sugerindo hospitais e materiais de sua preferência). É necessário trazer o cooperado para dentro do negócio, responsabilizando-o, pois é comum que não haja o exercício da gestão compartilhada prevista nos princípios cooperativistas.

“Mais do que o ajuntamento de indivíduos, a cooperativa forma um organismo novo, em que as ações individuais se interligam e interagem para produzir reflexos no todo, de tal modo que a produtividade, a eficiência e a própria viabilidade econômica da cooperativa em grande parte dependerão da postura técnica e ética de cada um dos seus membros cooperados. A postura solidária no trabalho cooperado, com a preocupação voltada para interesse coletivo, não configura apenas uma imposição de natureza ética

mas, como foi dito, um pré-requisito para a viabilidade econômica da empresa e mesmo a sua validação social.”(FARHA, 1993)

Parte deste comportamento é resultante da própria origem do cooperativismo médico (reação ao empresariamento médico e autonomia no exercício da profissão). Uma representação deste dilema é a dificuldade prática de serem aplicadas regras de gestão de custos comuns às demais modalidades (como protocolos clínicos, restrições de exames desnecessários, auditoria detalhada de contas, entre outras) em todo seu potencial, pois o corporativismo, comum da profissão, toma vulto muito maior em se tratando de uma organização dirigida por médicos. Os próprios órgãos representativos de classe buscam a todo o momento defender a prática liberal - esquecendo-se das possíveis conseqüências nefastas sobre o restante do corpo de associados, que ocorre pela chance de favorecer partes mais bem representadas politicamente, dentro da própria classe. A influência de certas entidades sobre as decisões dos administradores das cooperativas, com destaque para os conselhos profissionais (DUARTE, 2004), reforçando o corporativismo médico, é sentida de modo diferenciado entre os estados, na dependência da força política do Conselho Profissional. No caso do Rio de Janeiro, o CREMERJ tem uma atuação constante na defesa dos interesses liberais da atividade médica e, neste sentido, eventualmente se manifesta contrariamente às determinações da ANS.

Apesar do modo como foi descrita a situação, cabe lembrar que é lícito e coerente com a função das instituições representativas de classe este tipo de postura; na verdade, a própria cooperativa divulgar (e praticar) a melhor remuneração de seus médicos no mercado é estratégia coerente com seus objetivos enquanto cooperativa (prestar serviços aos seus associados), que, apesar de dita “sem fins lucrativos” tem toda a preocupação com a defesa dos interesses econômicos de seus cooperados, o que é prerrogativa de todas as cooperativas. Assim, algumas sociedades de especialidades médicas com maior representatividade tendem a

lutar – com sucesso - para obter benefícios maiores que as outras, deteriorando o princípio de igualdade que norteia este tipo de organização. É fato que, em alguns casos, o bom relacionamento entre os dirigentes das cooperativas e os representantes de órgãos de classe pode vir a ser um ponto positivo, na medida em que estes se afinem. Este seria o caso, por exemplo, dos acordos para pagamento de honorários diferenciados em troca de uma agilidade na conferência da produção, ou quando são estabelecidos protocolos clínicos legitimados tecnicamente (diferentes daqueles puramente comerciais), beneficiando ambos os lados ainda com ganhos em relação ao melhor tratamento dos pacientes.

Essas características descritas sugerem que o cooperativismo médico nunca foi exatamente centrado na lógica cooperativista em toda sua plenitude. No entanto, não é adequado pressupor que esta forma de organização deva ser considerada mais uma empresa médica a disputar espaço no mercado com objetivos puramente lucrativos, posto que é bastante provável que ainda estejam presentes no corpo de associados membros que se preocupam em manterem-se fiéis aos princípios cooperativistas gerais⁶⁹. O fato de se discutir abertamente a questão pode favorecer o fortalecimento do modelo, no sentido de alertar para outras possibilidades estratégicas pertinentes e que se encontram ofuscadas pela desesperada tentativa de acompanhar em termos matemáticos os rumos do mercado.

A **unimilitância** é outro tema extremamente controverso, um dilema que não encontra consenso nem mesmo dentro do próprio Sistema Unimed de cooperativas. Por um lado, organizações que defendem a concorrência – como o CADE - questionam a legitimidade e a autonomia que cada cooperativa singular tem para definir seu estatuto, inclusive por considerar as cooperativas como tendo um caráter empresarial. Por outro lado, poderia ser considerado bastante coerente o fato de que uma organização que tem por finalidade proporcionar serviços aos seus associados, historicamente em luta contra o empresariamento

⁶⁹ O médico gastroenterologista Jorge Farha, que faz parte do Conselho Técnico da cooperativa estudada, poderia ser um exemplo, levando-se em consideração seu discurso (FARHA, 1993)

médico (assalariamento), não possa entender ser cabível que em sua sociedade estejam presentes membros que favorecem a expansão desta modalidade de atuação.

Esta discussão é um dilema interno, não apoiado por algumas singulares do sistema, principalmente porque é nestas que a vertente liberal é mais presente, defendendo acima de tudo a livre autonomia do exercício da profissão. A ANS já fechou questão sobre o assunto exigindo alteração do estatuto para aquelas cooperativas que desejem fazer parte do sistema de saúde suplementar como operadoras – o que nos remete ao dilema anterior, a imprecisão do papel das cooperativas médicas na saúde suplementar.

2.6. Aspectos culturais

Alguns outros dilemas estão carregados de questões semânticas, À primeira vista, parece de pouca relevância, porém alguns conflitos devem ser explorados, pois têm o potencial de produzir impactos na lógica de funcionamento deste mercado. Por exemplo, referir-se aos indivíduos que contratam planos de saúde como ‘clientes’⁷⁰ lembra-lhes o conceito de ‘consumidores’. Isto acaba levando, naturalmente, a uma representação mental basicamente mercantil (uma relação de consumo - ou seja, do tipo cliente/ fornecedor), fomentando um comportamento utilitarista, subordinado aos interesses individuais (característico do sistema capitalista), com potencial para gerar demandas judiciais que desequilibram o sistema, além do próprio risco moral, intrínseco a mercado⁷¹. Em se tratando de saúde, deveria ser o mutualismo o mote cultural a orientar o comportamento do indivíduo; neste, leva-se em conta não o indivíduo, mas sim o grupo - a massa de contratantes. Através de cálculos atuariais (estatística aplicada ao risco), são previstos graus de utilização da

⁷⁰ Tratamento comum nas áreas de atendimento e na área comercial das operadoras, sendo que esta última comumente trata o contrato em termos de “número de vidas”. Ambas denominações são coerentes no contexto em que são utilizadas, porém deve-se ter o cuidado de não generalizar as expressões em situações de outra natureza.

⁷¹ “O fator moral (*moral hazard*) é a ocorrência relacionada as atitudes por parte dos segurados que não podem ser observadas (monitoradas) pela seguradora e redundam na elevação do risco, afetando a probabilidade do pagamento de indenizações em função do sinistro. Os adquirentes de seguro saúde, por estarem cobertos contra o risco da não acessibilidade ao atendimento médico, utilizam os serviços de atenção a saúde com maior frequência, o que não fariam se não houvesse cobertura ou se esta fosse limitada.” (SICSU, 2002)

carteira, em função das características de seus integrantes – como idade e sexo - e se estipula um prêmio diferenciado para cada grupo. Assim, muitos pagam menos e quase não utilizam os serviços (num primeiro momento), para possibilitar que poucos possam se beneficiar da utilização de um serviço de custo eventualmente oneroso demais para os integrantes, individualmente.

O termo ‘segurado’, guarda relação com um tipo específico de plano de saúde – o seguro-saúde, que tem potencial de representar uma lógica de livre escolha e reembolso (apesar de não ser limitado a isto, pelas regras atuais), não podendo ser usado em termos mais genéricos. Por outro lado, o termo ‘usuário’ – senso comum – é aplicado àquele que usa; na saúde suplementar, é utilizado com o sentido de ‘possuidor de plano de saúde que ‘tem direito’ de utilizar serviços de saúde’, mas tampouco corresponde de fato a esta definição, a não ser que venha acompanhado da palavra ‘exposto’, segundo definido na legislação (RDC 85/01 e atualizações). Para complicar, as estatísticas apresentadas pela ANS mencionam a palavra ‘beneficiário’ de plano de saúde, dando a entender – senso comum – que se trata de uma pessoa que se pode beneficiar do fato de possuir um plano de saúde para fazer frente aos riscos de adoecer, quando, na verdade, expressa os vínculos dos indivíduos a planos de saúde.

2.6. Limitações de Estratégia

Um achado importante deste estudo diz respeito à liberdade cerceada que têm as cooperativas quanto à escolha de estratégias de conduta para atuação neste mercado. Fica muito clara a dificuldade, quando se constata que uma das estratégias de maior impacto positivo comprovado (ganho de posição no *ranking*) foi a de abertura de capital, feita pelas empresas médicas. Na verdade, todas as demais concorrentes poderiam lançar mão desta estratégia, se quisessem.

No caso das cooperativas, no entanto as opções de captação de recursos para este movimento são escassas: as instituições financeiras lhes estimulam o endividamento, com o

argumento de que o retorno a ser gerado em função das economias de escala e escopo proporcionados superaria o “investimento” feito, desde que um plano de negócios fosse bem elaborado. Este movimento é conhecido como “alavancagem”, palavra utilizada de rotina no jargão neoliberal para designar uma estratégia de endividamento com vistas a uma possível expansão de negócios. O raciocínio é que não importa o grau de endividamento; o que importa é a capacidade de geração de caixa. Quando uma empresa tem um passivo junto a terceiros maior que seu patrimônio próprio representada por empréstimos e financiamentos, diz-se que ela está “alavancada”. Isto relaciona sua dívida com o correspondente ativo “investimento” ou “imobilização em andamento”. Certo grau de alavancagem é comumente necessário para quem tem projetos de expansão e não pode contar com alternativas de captação de recursos próprios, como integralização de capital ou negociação de ações em bolsa, mas sua dimensão deve ser cuidadosamente avaliada, levando em conta que todo investimento é passível de risco de inviabilização em função das condições macroeconômicas do momento. Este modelo é uma miniatura do modelo de economia dos EUA, dito o maior PIB do planeta, mas que na realidade tem uma ‘riqueza virtual’, levando-se em consideração sua dívida externa, caracterizando-o como um “gigante com pés de barro” (ÁVILA, 2003).

Para fazer frente às modalidades lucrativas (fusões, aquisições) e, dadas as limitações estatutárias das cooperativas quanto à captação de recursos de baixo custo (como a mencionada), às cooperativas restaria a opção de obter recursos de terceiros em volume suficiente - e bastante onerosos em termos financeiros – tais como os empréstimos e financiamentos. Outra alternativa seria obtê-los internamente, através do aumento do patrimônio líquido via integralização de capital (proveniente dos próprios médicos cooperados), dependendo do volume de recursos necessários, uma opção bastante onerosa do ponto de vista político

2.7. Ausência de Inovação

As regras apresentadas ao mercado têm funcionado como antolhos, bloqueando a visão dos administradores destas organizações para as outras possibilidades de ação que não a reprodução do modo de produção capitalista, onde o foco principal é o crescimento de si mesmo, no lugar de fortalecer as redes de cooperação. Na verdade, pode-se observar uma tendência de concentração também dentro das cooperativas, com poucas e grandes organizações em destaque, cercadas de pequenas cooperativas-satélite, que convivem diariamente com as dificuldades de acompanhar o aumento de complexidade das regras do setor. Possivelmente, para os administradores das grandes cooperativas, o modo mais seguro de manter-se liderando o mercado é agir como as maiores e melhores do setor, imitando-lhes as estratégias de atuação.

É importante que se estimule a inovação no cooperativismo, mantendo-se seus princípios doutrinários sempre que possível. Um exemplo de estratégia alternativa seria o estímulo à formação de redes cooperativas – como redes de referência - entre os membros das cooperativas e entre as cooperativas em si. Por exemplo, estimular a criação de grupos multiprofissionais para atendimento integral dos beneficiários (incluindo seus familiares), de modo a favorecer o vínculo do médico assistente com seus pacientes, algo raramente encontrado nos dias atuais. Isto se daria pelo fato do médico estar inserto em uma rede de profissionais de sua confiança e cujas práticas lhe são afins, trazendo tranquilidade quanto ao encaminhamento do paciente e seu retorno. Desta maneira, o principal responsável pela existência dos serviços de saúde – a pessoa que sofre – teria, finalmente, uma compreensão do que significa “acolhimento”.

Esta é uma proposta que objetiva evidenciar alternativas à lógica atualmente em vigor e que é perfeitamente compatível com a manutenção da autonomia dos médicos no exercício da profissão, com os princípios cooperativistas, com os preceitos hipocráticos e com os anseios da população e do Estado. Segundo Hipócrates, considerado por muitos o pai da

Medicina, a primeira preocupação do médico deveria ser a de não piorar a situação daquele que sofre e lhe procura para atendimento, o chamado “*primum non nocerum*”, ou seja, primeiro não lesar. Assim, e somente após aliviar seu sofrimento é que se iniciaria o esforço na busca do diagnóstico preciso e do tratamento mais adequado. Praticando e defendendo esta bandeira, as cooperativas poderiam passar a ressaltar o fato de que este é um tipo de organização que realmente se preocupa com o compromisso de fidelização no atendimento (principalmente porque os cooperados não estão sujeitos aos “desmandos descredenciadores” praticados pelas empresas médicas), por ser dirigida por médicos (quando foi a última vez que o mercado ouviu isso?). Este conceito dificilmente poderia ser imitado com a mesma amplitude pelas concorrentes, já que as cooperativas possuem a maior rede de médicos integrada dentre todas as demais modalidades que competem no mercado. A exceção ficaria por conta da livre escolha, mas este poderia ser um nicho específico a ser explorado através de outro tipo de estratégia.

CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Autores que abordaram a financeirização do mercado dos anos 90 estimaram que a conjuntura de crise econômica e a estagnação de demanda em vigor levariam as autogestões e seguradoras a terem maiores chances de permanecer no mercado que as “organizações médicas de pré-pagamento – cooperativas médicas e medicinas de grupo”. Inferiram que as pequenas empresas tornar-se-iam “prestadoras de serviço para as grandes seguradoras e, mesmo, para algumas grandes empresas de medicina de grupo de envergadura nacional (ANDREAZZI e KORNIS, 2003b, p.89).”

Como já visto, os anos 2000, devido a grandes mudanças na conjuntura econômica (diminuição da inflação, aumento do emprego formal e da renda da população, etc.) cursam com outra configuração: há casos de autogestões que confiam a gestão de suas carteiras (administração) a outras operadoras; seguradoras que deixam de se interessar pelo mercado ou restringem seu campo de atuação a contratos coletivos; cooperativas que não atuam somente com modalidades de pré-pagamento⁷² e finalmente, medicinas de grupo e cooperativas médicas que mantêm importantes posições no *ranking* do mercado operador de planos de saúde (ANDREAZZI & KORNIS, 2003b, p. 89) - na verdade, foram as operadoras de pequeno porte que cerraram suas portas, na grande maioria dos casos, como demonstrado no primeiro capítulo. Por outro lado, destacaram algo que se confirmou: *“a sobrevivência das cooperativas médicas e das instituições filantrópicas que organizaram planos próprios, num ambiente competitivo voltado à acumulação financeira e a padrões de competição liderados por empresas seguradoras, tem grande probabilidade de depender de um comportamento que aplaina as diferenças intrínsecas a essas modalidades.* (ANDREAZZI & KORNIS, 2003, p. 90). No entanto, este aplainamento aconteceu exatamente no padrão das seguradoras, deslocando as estratégias das cooperativas naquela direção. A tendência às práticas comuns

⁷² Há o contrato de custo operacional, em que a utilização é esporádica, sendo a autorização de responsabilidade da empresa contratante ou Unimed de origem, com recuperação total do custo por parte da Unimed que o atendeu

no mercado financeiro como governança corporativa, por exemplo, foram acrescentadas ao rol de estratégias que surgiram com a modernização do modelo, que tenta a todo custo acompanhar o ritmo do órgão regulador e os movimentos do mercado. FAHRA (1993) resume o risco mais próximo de um desvio acentuado do cooperativismo médico de seu eixo principal, presentes também nos anos 2000:

“O embate com a concorrência tem servido para justificar a criação de outras frentes de atividade, algumas, no caso da cooperativa médica, afastadas da atividade assistencial. Em certos casos, observa-se mesmo uma agressão àqueles princípios que nortearam a criação das cooperativas, como o caso do seguro-saúde, que começa a ser comercializado por algumas cooperativas de seguro pertencentes ao sistema, a criação de serviços próprios e até a aquisição de hospitais, com o assalariamento de médicos. A finalidade dessas novas frentes seria fortalecer o sistema cooperativista e, em particular, dar sustentação econômica à cooperativa a fim de colocá-la em condições de competir com eficiência com as concorrentes. Teme-se que, a médio ou longo prazo, formas conjunturais acabem fazendo dessas atividades, hoje acessórias em relação à atividade médica cooperada, um filão lucrativo hegemônico, desfigurando o ideário do cooperativismo original.” (FAHRA, 1993, p.123, grifos nossos)

Além deste, há o risco de a concentração do mercado evoluir negativamente, como consequência direta do poder oligopsônico adquirido (OCKÉ-REIS, 2007) pelas operadoras “sobreviventes”. A formação de cartéis, disfarçada na figura da verticalização, pode ser um componente agravador do processo. A ameaça de captura da ANS pelas operadoras dominantes é possível e indesejável. BRITO (2002), estudando os processos de diversificação de produtos no âmbito da economia industrial, alerta para o fato de que as fusões e aquisições carregam consigo o perigo da desestabilização da concorrência e aumento das barreiras de entrada no mercado, o que pode ser estendido ao setor da saúde suplementar:

“Por outro lado, uma vez consumado este tipo de operação, as empresas envolvidas podem empreender um esforço calcado na recomposição de ativos e na adoção de diversas práticas concorrenciais (subsídios cruzados entre atividades, por exemplo), que resulta não só na desestabilização da concorrência naqueles mercados, mas também na elevação das barreiras à

entrada a eles associadas, na medida em que impõe novos requisitos em termos do porte empresarial necessário para atuação dos mesmos”. (BRITO, 2002, p. 341)

OCKÉ-REIS (2007) defende uma agenda em que as operadoras possam vir a atuar em sinergia com o SUS na prestação de serviços a saúde, de modo a favorecer a adoção dos princípios constitucionais. Isto pressupõe interesse e valores similares entre as organizações e o estado e, portanto, para este fim seriam indicadas parcerias com organizações cujas práticas e valores fossem ao encontro dos apontes da carta magna.

Assim, como o cooperativismo tem como fundamento a solidariedade, na determinação do modo de produção, uma legislação compatível com o modelo poderia funcionar à semelhança de um efeito dominó, fazendo com que o mercado pudesse absorver uma nova lógica. Para isto, no entanto, seria necessário que estivessem claramente definidas as funções de cada agente dentro do sistema, pois quando isso não acontece, as conseqüências transbordam para todos os lados. OCKÉ-REIS (2009) tem uma idéia específica a respeito de reforma institucional:

“...que o Estado use seu poder oligopsônico (de compra) como instrumento de relativização do poder do capital nessa esfera, em sinergia com aquelas ‘operadoras’ que possam servir de farol na regulação de preços, na padronização da cobertura, na melhoria da qualidade da atenção médica, na implantação de arranjos organizacionais solidários (subsídios cruzados) e, sobretudo, com as que cumpram as metas clínicas e epidemiológicas definidas pelo Ministério da Saúde (empresas modelo constituídas a partir dos modelos de autogestão pública e do associativismo). (OCKÉ-REIS, 2009, p.9)

Outra possibilidade seria a participação das cooperativas no setor privado como prestadoras de serviço, exclusivamente, deixando a cargo de outra organização – quiçá no mesmo grupo – árdua tarefa de , sendo operadora, atender às exigências do órgão regulador já mencionadas. ANDREAZZI (2003) já havia feito esta alusão, ao discutir a seguridade social:

“As cooperativas médicas, pequenas e médias empresas de medicina de grupo e os hospitais filantrópicos podem ter contradições quanto à seguridade universal, [sistema de pagador único] por vislumbrar uma acumulação financeira, porém essas empresas podem ser convertidas à condição de prestadoras de serviços de saúde, desde que isto represente níveis aceitáveis de remuneração”. (ANDREAZZI, 2003, p.89)

Considerando a influência do ambiente institucional sobre as estratégias de conduta das organizações, caberia um questionamento quanto à adequação do modelo institucional atualmente em vigor, com a uniformização de regras para todas as modalidades.

Do modo como está desenhado (na direção de formação de grandes conglomerados), é possível que o processo de fusões e incorporações também passe a fazer parte do cenário cooperativista, até o ponto em que se decida, efetivamente, pela adoção do novo modelo, numa transição para a formação definitiva de um grupo financeiro. A questão que preocupa é que neste caminho vão-se perdendo os laços com as origens do cooperativismo, num distanciamento cada vez maior da natureza de prestadora de serviços para os cooperados, ou seja, da tarefa de aproximação do médico cooperado com seus pacientes (mercado), restringindo-se à parte financeira da questão. Para que as características fossem preservadas, seria preciso que fossem segregadas as operações de “cooperativa médica” das de “operadora de saúde”, permitindo livre intercâmbio do mercado de capitais para a sociedade que viesse a assumir o papel de operadora (dentro do grupo). Neste caso, a criação interna de redes, sugerida anteriormente, viria a ganhar escala, em nível nacional, fortalecendo o movimento.

Toda esta discussão nos leva a considerar que, aparentemente, existe um padrão de competição neste mercado que subtrai ou captura a lógica original de funcionamento das cooperativas, levando-as atuarem efetivamente como grandes empresas lucrativas em disputa por uma melhor posição no mercado, *pari passu* às ações de responsabilidade social e relacionamento com os cooperados, mais afins à sua natureza.

De fato, pelo que foi estudado, pode-se mesmo supor que o Estado esteja usando o modelo segurador como farol para o sistema. No entanto, este modelo está completamente distante do discurso de operadora como gestora de saúde. Além disto, por dar prioridade à divulgação de dados econômico-financeiros das empresas, uma parte importante da transparência do mercado é perdida: na verdade a ANS deveria investir na divulgação dos fundamentos do mutualismo e das estatísticas epidemiológicas e custos assistenciais aos clientes, mais do que em cartilhas de defesa dos direitos do consumidor. O indivíduo deve se sentir parte de uma coletividade, não um ser isolado que defende com unhas e dentes seus direitos pessoais. Este modelo extravasaria para as operadoras, que mudariam seu foco de atuação, favorecendo o “saneamento moral” do mercado. As cooperativas, por serem mais afins às questões solidárias, em princípio, encontrariam espaço para a inovação nesta direção. Um novo rumo poderia surgir no setor.

Outra questão seria o acompanhamento mais aproximado dos contratos coletivos pois, como são os que guardam as características mais aproximadas do modelo mutualista, tenderiam a extravasar a lógica solidária para o sistema, com ganhos para todos os lados.

3.1. Conclusão

Este estudo teve por objetivo discutir as transformações ocorridas no mercado de planos de saúde no Brasil e seus impactos no modelo cooperativista médico.

Do ponto de vista institucional, observou-se que o ambiente legal que rege, em teoria, os arranjos institucionais existentes neste mercado, não é coerente com a realidade que se apresenta, misturando conceitos, objetivos e funções das organizações.

Do ponto de vista econômico, é possível classificar o padrão de concorrência presente neste mercado como um típico oligopólio competitivo, com uma crescente concentração e práticas típicas de uma lógica capitalista, com a conseqüente postura

utilitarista do usuário do sistema, que ignora o fundamento do mutualismo, que é a essência deste tipo de atividade. Percebe-se que o movimento de concentração e rumo em direção ao grande capital é uma característica importante na saúde suplementar.

Neste universo, o cooperativismo médico, mantendo sua tradição de defesa do liberalismo e autonomia da prática médica, esbarra em alguns dilemas, sendo o principal o fato de ter de atender ao órgão regulador e, ao mesmo tempo, sobreviver no ambiente competitivo que se instalou no setor, mantendo acesas as chamas de seus valores originais.

Para isto, conta com a vantagem de ser uma instituição bem percebida pela comunidade, principalmente pelo valor que foi agregado à marca (opção da estratégica da modalidade) e ações de responsabilidade social. Por outro lado, limitações políticas para a condução do controle dos custos assistências de modo racional, bem como as limitações estatutárias para diversificação de atividades e captura de recursos a custos razoáveis, aliados a questões tributárias relevantes não resolvidas são consideradas grandes desvantagens competitivas. Com isto, estratégias alternativas mais afins ao modo de produção cooperativo deixam de ser percebidas, em função de todo desgaste para acompanhar nos movimentos do mercado.

Como pano de fundo, entende-se que o Estado, na direção do interesse público e em sintonia com os preceitos constitucionais elencados, falha ao não oferecer suporte ao desenvolvimento desta modalidade de operação, esquecendo-se das orientações da Carta Magna no sentido de seu fomento. É sugerido que o modelo revisitado, baseado na construção de uma rede de cooperação entre os médicos cooperados possa favorecer mudança do modelo de atenção atualmente em vigor, por aumento do vínculo destes profissionais aos seus pacientes que, finalmente, entenderão o sentido do acolhimento.

Para que isto se dê, uma revisão no modelo institucional em vigor parece ser inadiável. Neste sentido, é importante avaliar em que ponto da transição o problema se

encontra; quais os fatores necessários sua concretização e em que direção em que este movimento de mudança se daria.

É possível que o cooperativismo médico esteja em vias de realizar um salto quântico, porém a persistirem as incoerências legais apontadas, teme-se que a mudança ocorra, em caráter definitivo, no sentido da consolidação de práticas menos cooperativas do que poderia esperar para a modalidade. A expressão “salto quântico” é utilizada em analogia ao mesmo termo da Física, utilizado para descrever o resultado do acréscimo de energia dada a um átomo: ocorre uma movimentação acelerada dos elétrons que orbitam seu núcleo, levando-os a “saltar” de uma camada para outra, cada vez mais distante. (ZOHAR, 1990) Analogamente, a agência reguladora, fomentando o movimento de concentração deste mercado, geraria a regulamentação necessária para induzir os administradores das cooperativas ao movimento acelerado em direção à lógica capitalista presente no setor, optando por estratégias de conduta fundamentalmente competitivas, responsáveis por seu afastamento exponencial do núcleo cooperativista tradicional.

Os riscos da realização de um salto quântico relacionam-se com a quantidade de energia fornecida: em altas doses, há o risco de desprendimento total dos elétrons da órbita do núcleo, que não resistiria, explodindo (ZOHAR, 1990). Traduzindo, significaria a falência do Cooperativismo Médico enquanto modalidade de operadora de saúde, num retorno à lógica tradicional exclusiva de prestação de serviços médicos.

Na Física, o retorno às camadas mais internas acontece quando os elétrons liberam energia suficiente para tal (ZOHAR, 1990). Para que os administradores abrissem mão de parte de suas práticas atuais, seria necessário que a regulamentação tratasse de modo diferenciado as modalidades de operação, revisitando a classificação atual em função das práticas de mercado. Voltando à analogia do salto quântico, como as camadas mais internas

são as que possuem maior atração pelo núcleo, são necessárias maiores quantidades de energia (mudanças mais radicais nas regras do jogo) para que o fenômeno se processe. Sendo assim para que o fenômeno ocorra, uma revisão no modelo institucional em vigor parece ser realmente inadiável. No entanto, para que o seja de forma consciente, muitas questões que permanecem em aberto ainda precisam ser respondidas, o que sugere a necessidade de estudos complementares: Eis algumas, sem intenção de esgotá-las:

- a. Em que direção este salto quântico se daria? Haveria a ruptura total do modelo, passando a assumir a postura de um conglomerado, quem sabe até surgindo empresas que viabilizem a realização das estratégias que lhes são impedidas, como a emissão de ações para negociação em bolsa?
- b. Estaria a ANS preparando terreno para que não restasse às cooperativas nenhuma outra opção que não a de se limitar à atuação como prestadora de serviço?
- c. Qual seria o resultado deste estudo, caso tivesse considerado os grupos econômicos como uma única entidade?
- d. Qual o tamanho real do mercado, em termos de portadores de planos de saúde? Afinal, houve ou não expansão real do mercado no período?
- e. Quando os possuidores de plano poderão ter acesso às informações sobre os produtos que adquirem, de forma transparente e consolidada, incluindo a rede prestadora que cada um oferece, para que possam compará-los e decidir pela opção que melhor lhe atende?
- f. Qual será o desfecho da discussão judicial a respeito da tributação das cooperativas médicas? Quais podem ser os possíveis impactos?

- g. Há alguma espécie de reforma institucional que dê conta de todos estes dilemas? Seria viável alguma forma de uma parceria público-privada? Qual o melhor formato?
- h. Finalmente, quando teremos um marco regulatório específico para o cooperativismo médico?

REFERÊNCIAS:

1. ANDREAZZI, M. F. S. **Formas de remuneração dos serviços de saúde**. Brasília: IPEA, 2003. 33 p. (Texto para discussão; 1006). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2003/td_1006.pdf>. Acesso: 15 set. 2008.
2. _____ . **Teias e tramas: relações público-privadas no Brasil dos anos 90**. 2002. 350f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
3. _____ ; KORNIS, G. E. M. **Planos e seguros privados de saúde no Brasil: uma análise sob a perspectiva da economia industrial**. 2003b. 12f. Trabalho final da disciplina Tópicos Especiais em Economia Industrial do Instituto de Economia da UFRJ. Mimeografado.
4. _____ ; OCKÉ-REIS, C. O.. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 521-544, 2007.
5. _____ ; KORNIS, G. E. M. Transformações e desafios da atenção privada em saúde no Brasil nos anos 90. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva**, v.13, n. 2, p.157-192, 2003a.
6. ÁVILA, R. **A dívida externa dos EUA e a guerra no Iraque**. ALAI, América Latina en Movimiento Agencia latinoamericana de información, 2003. Disponível em: <http://alainet.org/active/show_author.phtml?autor_apellido=%C1vila&autor_nombre=Rodrigo>. Acesso em: 22 ago. 2008.
7. BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2009.
8. _____ . Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jul. 2008.
9. BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de informação de beneficiários, edição mar/09**. Disponível em:

- <<http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoess/1%20CadernoInforma%C3%A7%C3%B5es-Benefici%C3%A1rios-mar09.xls>>. Acesso em: 01 maio 2009.
10. _____. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 55, de 20 de setembro de 2007. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso: 11 dez. 2007.
 11. _____. Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 dez. 1991. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L5764.htm>>. Acesso em: 21 out. 2007.
 12. _____. Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 jun. 1998. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=455>. Acesso em: 02 jul. 2007.
 13. _____. Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 jun. 1998. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=455>. Acesso em: 02 jul. 2007.
 14. _____. Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Ed. extra. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=8>. Acesso em: 02 jul. 2007.
 15. BRITO, J. Diversificação, competências e coerência produtiva. In: KUPFER, D.; HASENCLEVER, L. (Org.). **Economia industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil**. Rio de Janeiro: Campus, Elsevier, 2002. Cap. 14, p.307-343.
 16. CORDEIRO, H. A. **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
 17. COSTA, N. R. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2009.

18. DANTAS, A. et al. Empresa, indústria e mercados. In: KUPFER, D.; HASENCLEVER, L. (Org.). **Economia industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil**. Rio de Janeiro: Campus, Elsevier, 2002. Cap. 2, p.23-35.
19. DEL NERO, C. R. O que é economia da saúde. In: PIOA, S. F.; VIANNA, S. M. (Orgs). **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 2002.
20. DERENGOWSKI, M. G.; FONSECA, J. F. **Nota introdutória sobre estrutura de mercado, concentração e mercados relevantes**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2003. Tomo 1, p. 65-92 (Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar).
21. DINIZ, D. M. F. **Estudo exploratório em algumas empresas de medicina de grupo na cidade de São Paulo: formas de atuação empresarial**. 1997. 109f. Dissertação (Mestrado em Administração)- Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 1997.
22. DUARTE, C. M. B. **Modelo organizacional da Unimed: estudo de caso sobre medicina suplementar**. 2004. 304f. Dissertação (Doutorado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://teses.cict.fiocruz.br/pdf/duartecmrd.pdf>>. Acesso: 18 out. 2007.
23. FARHA, J. Ética e Cooperativismo. In: **Desafios Éticos**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1993, p. 122-127.
24. GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a15v08n2.pdf>>. Acesso: 19 out. 2008.
25. GUERRA, L. L. **Estratégia de serviços das empresas que operam planos/ seguros de saúde no Brasil: cooperativas, empresas de medicina de grupo e seguradoras**. 1998. 196f. Dissertação (Mestrado em Administração)- Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização, Rio de Janeiro, 1998. (Cadernos de seguros).
26. HUNT, E. K. **História do pensamento econômico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Campos, 1981.

27. HASENCLEVER, L.; KUPFER, D. Introdução. In: KUPFER, D.; HASENCLEVER, L. (Org.). **Economia industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil**. Rio de Janeiro: Campus, 2002, f.9.
28. IDE, R. M.. Sobre as possibilidades de efetivação das cooperativas no cotidiano: uma aproximação construcionista. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 9, n. 2, p. 1-13. 2006, Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/cpst/v9n2/v9n2a02.pdf> 1>. Acesso: 19 mai. 2009.
29. ICA- International Co-operative Alliance. **Annual Report 2004**. Disponível em <http://www.ica.coop/publications/ar/2004-annual-report.pdf>. Acesso: 15 ju. 2008.
30. KUPFER, D. **Mudança estrutural nas empresas e grupos líderes da economia brasileira na década de 90**. Rio de Janeiro: UFRJ/Instituto de Economia, 2001. Disponível em: <http://www.ie.ufrj.br/gic/pdfs/2001-1_Kupfer.pdf >. Acesso: 12 out. 2008
31. _____. Padrões de concorrência e competitividade. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPEC, 20, 1992, Campos de Jordão, São Paulo. **Anais eletrônicos...** Campos do Jordão, São Paulo, ANPEC, 1992. Disponível em: <http://www.ie.ufrj.br/gic/pdfs/1992-2_Kupfer.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2007.
32. MELO, L. M. Modelos tradicionais e concorrência. In: KUPFER, D.; HASENCLEVER, L. (Org.). **Economia industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil**. Rio de Janeiro: Campus, 2002. Cap.1, p. 3-22.
33. MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B. et al. **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. Disponível em: <<http://Pginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/LivroAcolherChapecoSaberMilitante.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2007.
34. NELSON, R. R.; WINTER, S. G. **Uma teoria evolucionária da mudança econômica**. São Paulo: Ed. UNICAMP, 2005. (Clássicos da inovação).
35. NITÃO, S. R. V. **Saúde suplementar no Brasil: um estudo da dinâmica industrial pós-regulamentação**. 2004. 130f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://thesis.cict.fiocruz.br/pdf/nitaosrvvm.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2007.

36. OCKÉ-REIS, C. O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, p. 1041-1050, 2007.
37. _____. A reforma institucional do mercado de planos de saúde: uma proposta para criação de benchmarks. In: PIOLA, S. F.; JORGE, E. A.(Org.). **Economia da saúde: 1º Prêmio Nacional – 2004: coletânea premiada**. Brasília, IPEA, DFID, 2005, p. 289-324.
38. _____; ANDREAZZI, M. F. S; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado? **Revista de Economia Contemporânea**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-98482006000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 nov. 2008.
39. PEREIRA FILHO, L. T. Iniciativa privada e saúde. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, Abr. 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Ago. 2009.
40. PINTO, L. F. S. O setor de saúde suplementar: acesso e cobertura populacional. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003**. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 2004. (Regulação e saúde, v. 3, tomo 1).
41. PONDÉ, J. L. Instituições e mudança institucional: uma abordagem Schumpeteriana. **Revista Economia**, v. 6, n.1, p. 119-160, jan./ jul. 2005. Disponível em: <http://www.anpec.org.br/revista/vol6/vol6n1p119_160.pdf>. Acesso: 09 out. 2008.
42. POSSAS, M. L. Concorrência Schumpeteriana. In: KUPFER, D.; HASENCLEVER, L. (Org.). **Economia industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil**. Rio de Janeiro: Campus Elsevier, 2002. Cap. 17, p. 415-429.
43. _____. **Dinâmica e ciclo econômico em oligopólio**. 1983. 1402 f. Tese (Doutorado em Economia Aplicada)- Universidade Estadual de Campinas, 1983. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000053254>>. Acesso em: 4 out. 2008.
44. _____. **Dinâmica e concorrência capitalista: uma interpretação a partir de Marx**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

45. _____ . **Estruturas de mercado em oligopólio**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1990.
46. RELATÓRIO de sustentabilidade Unimed-Rio. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[http://www.unimedrio.com.br/unimed/filesmng.nsf/53A602F9AB731E55032575AD0055E55F/\\$File/rel_sustent_08.pdf](http://www.unimedrio.com.br/unimed/filesmng.nsf/53A602F9AB731E55032575AD0055E55F/$File/rel_sustent_08.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2009
47. RESENDE, M.; BOFF, H. Concentração industrial. In: KUPFER, D.; HASENCLEVER, L. (Org). **Economia industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil**. Rio de Janeiro: Campus, 2002, p. 73-90.
48. SAÚDE suplementar. **Jornal Valor Econômico**. 1. ed. Rio de Janeiro, 2006. 120p. Edição Especial.
49. SCHNEIDER, A. Análise da influência dos valores do cooperativismo na definição de liderança. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/4959/000507102.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 jul. 2008.
50. SCHUMPETER, J. A.. Capitalismo, socialismo e democracia. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961. Disponível em: <<http://www.ordemlivre.org/files/schumpeter-csd.pdf>>. Acesso: 17 maio 2009.
51. SICSÚ, B. Seguro saúde no Brasil dos anos 90: uma análise da competição empresarial como subsídio ao desenvolvimento da experiência regulatória. 2002. 200f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2002.
52. TEIXEIRA, A. **Mercado e imperfeições de mercado: o caso da assistência suplementar**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2001. p. 4-22. (Cadernos de saúde suplementar. 2º Ciclo de oficinas). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/abrangenciadaregulacao/AA4.pdf>. Acesso: 18 out. 2007.
53. VIVEIROS, R. **Ética e solidarismo na saúde: a trajetória de vida de Edmundo Castilho**. 1. ed. São Paulo: Ricardo Viveiros, 1999.

DEMAIS FONTES CONSULTADAS

1. ALBUQUERQUE, C. et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, out. 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2009.
2. ANDREAZZI, M. F. S. et al. Mercado de saúde suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In: MONTONE, J.; WERNECK C. A. J. (Orgs.). **Regulação e saúde**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004. v. 3, tomo 1., p.121-146. (Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003).
3. _____; ANDREAZZI, M. A. R.; CARVALHO, D. M.. Dinâmica do capital e sistemas locais de saúde: em busca de uma análise integradora do setor saúde. **Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.10, n.19, p. 43-58, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a04v1019.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2008.
4. _____; KORNIS, G. E. M. Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, out. 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2009.
5. OCKÉ-REIS, C. O. O mercado de planos de saúde: o problema vira solução? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, out. 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2009.
6. _____; SOPHIA, D. C. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 72-79, jan./abr. 2009. Disponível em:
<http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles_Padrao/File/saudeemdebate81.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2009.
7. _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2007. v. 11.
8. _____. Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 03 jun. 1998. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=455>. Acesso em: 02 jul. 2007.

9. _____. Ministério da Saúde. **Glossário temático: economia da saúde**. 2. ed. amp. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2006.
10. _____. Ministério da Saúde. Núcleo Nacional de Economia da Saúde. Área de Economia da saúde e desenvolvimento. **Curso de iniciação em economia da saúde para os núcleos estaduais/ regionais: manual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005? Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apostila_curso_iniciacao_economia_saude.pdf>. Acesso em: 12 out. 2008.
11. CONILL, E.M.; UGA, M. A. D. Saúde suplementar no Brasil: dinâmica, práticas e tendências. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2009.
12. COSTA, N. R. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, out. 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2009.
13. GAMA, A. M. ; OCKÉ-REIS, C. O.; SANTOS, I. S.; BAHIA, L. O espaço da regulamentação dos planos e seguros de saúde no Brasil: notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, p.71-81. 2002. Disponível em:
<http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles_Padrao/File/SaudeemDebate_n60.pdf>.
<http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Artigo_Cebes_020529.pdf>. Acesso: 14 jun. 2009.
14. Instituto dos Auditores Independentes do Brasil. **Norma e procedimento de contabilidade nº 22 (NPC 22)**. São Paulo, 2005. Disponível em:
<<http://www.portaldecontabilidade.com.br/ibracon/npc22.htm>>. Acesso: 27 jun. 2009.
15. Instituto de Contabilidade do Brasil. **Interpretação técnica IBRACON nº. 02/2006**. NPC 22 – Provisões, passivos, contingências passivas e contingências ativas. São Paulo, 2006. Disponível em:
<http://www.icbrasil.com.br/legislacao/Legislacao_icb_7_2_07_2.pdf>. Acesso: 27 jun. 2009.
16. Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. **Código das melhores práticas de governança corporativa**. 4. Ed. São Paulo: IBGC, 2009. Disponível em

- <http://www.ibgc.org.br/Download.aspx?Ref=Codigos&CodCodigo=47>. Acesso em: 28 ago. 2009.
17. PAULA, E. B. M. et al. **Manual para elaboração e normalização de dissertações e teses**. 3. ed. rev. atual. e ampl. Rio de Janeiro: UFRJ, Sistema de Bibliotecas e Informação, 2004. 102 p. (Série manual de procedimentos, n. 05).
 18. RAGGIO, A. M. B. **O que é isto: a economia da saúde?** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto_econsaude_armando_raggio.pdf>. Acesso em: 12 out. 2008.
 19. RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
 20. SANTOS, F. P.; MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2009.
 21. SEMINÁRIO INTERNACIONAL EM REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR -10 anos da Lei 9656/98, 2., 2008, Rio de Janeiro. **Notas**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2008.
 22. _____ ; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; Holghin, Tássia Gazé. O comportamento da renúncia fiscal oriunda dos gastos privados com atenção à saúde entre os anos de 1996 e 2003. *Revista de Economia Política*, v. 28, n. 4, p. 631-647, out/dez, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rep/v28n4/v28n4a06.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2009
 23. UNIMED-RIO Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. **Responsabilidade Social – Valores e Ferramentas do Programa**. Portal Eletrônico. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <http://www.unimedrio.com.br/CalandraRedirect/?temp=5&proj=NovaInternet&pub=T&comp=Responsabilidade+Social&db=&docid=9C9627B738463C55832573D90053D873> . Acesso em: 15 jun. 2009
 24. WARBASSE, J. P. **Problems of cooperation: a study of the deficiencies of the cooperative method of economic organization and the difficulties in the way of its expansion**. New York: Cooperative League of the United States of America. 1942. Disponível em: <http://fax.libs.uga.edu/HD2965xW37/1f/problems_of_cooperation.pdf>. Acesso em: 9 mai. 2009.

GLOSSÁRIO

1. **ABRANGÊNCIA** – área geográfica coberta pelo plano de saúde; pode alcançar um município (abrangência municipal), um conjunto de municípios, um estado (cobertura estadual), um conjunto de estados ou todo o país, a chamada cobertura nacional.
2. **CAPILARIDADE** – no mercado de planos de saúde, significa uma ampla distribuição geográfica da entidade em questão pelos municípios brasileiros, ou seja, que há uma grande chance de que seja possível chegar uma parte importante de todos os cidadãos brasileiros.
3. **CLIPPING** - Seleção de notícias em jornais, revistas, sites e outros meios de comunicação a respeito de um determinado tema. No caso deste estudo, o período analisado vai de março/07 a jul/08; as informações foram obtidas de sites institucionais (da cooperativa sob análise, da Confederação Nacional, de concorrentes, jornais eletrônicos, institutos especializados em estudos do setor, consultorias organizadas, do órgão regulador, diretrizes do cooperativismo no país, legislação, etc.), bem como outras publicações impressas.
4. **CUSTO MARGINAL** - é aquele decorrente do acréscimo, na produção, de mais uma unidade do produto. Neste caso, aumentar o custo fixo de produção (por exemplo, ampliar o hospital) para suportar o novo patamar (aumento do número de clientes) poderia significar um esforço muito grande, que não justificaria o valor nem o prazo de retorno do investimento; neste caso, o ideal seria continuar com o ritmo anterior e optar por outra estratégia
5. **DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS** – Conjunto de informações que contêm dados econômico-financeiros das organizações. Incluem demonstrativos como o Balanço Patrimonial e a Demonstração do Resultado do Exercício. O primeiro é uma

forma contábil de apresentação dos bens e direitos da entidade, de um lado e as obrigações (junto a terceiros e junto aos sócios), de outro. O segundo traz a descrição das receitas e despesas incorridas no período, evidenciando de que forma se constitui o resultado (lucro ou prejuízo; no caso das cooperativas, sobras ou perdas) obtido no período.

6. **ECONOMIA DA SAÚDE** - Disciplina que integra as teorias econômicas, sociais, clínicas e epidemiológicas com o objetivo de estudar os mecanismos e os fatores que determinam e condicionam a produção, a distribuição, o consumo e o financiamento dos bens e dos serviços de saúde. Conforme o glossário temático do Ministério da Saúde (2006), esta disciplina procura “conjugam aspectos econômicos, sociais, clínicos e epidemiológicos para o estudo dos fatores determinantes da produção, a distribuição, o consumo e o financiamento dos bens e dos serviços de saúde” e, invariavelmente, experimenta conflitos conceituais dada à sua natureza multidisciplinar
7. **MERCADO DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE** ou **MERCADO DE ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR À SAÚDE** – Ambiente onde um conjunto de organizações (conhecidas como Operadoras de Saúde) operam (ou seja, transacionam, negociam, ofertam) planos privados de assistência à saúde.
8. **MODALIDADE** (classificação das operadoras de planos de saúde)
 - a. **ADMINISTRADORA** - Dividem-se em administradoras de planos de saúde e administradoras de serviços de saúde. No caso de administração de planos, são financiados por operadora, não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos
 - b. **AUTOGESTÃO** - é uma entidade destinada oferecer cobertura a, exclusivamente, seus empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-

empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados. Dividem-se em patrocinadas (caso o departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado seja o responsável pelo Plano Privado de Assistência à Saúde dos associados) e não patrocinadas (não sendo este caso).

- c. COOPERATIVA MÉDICA - sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde;
 - d. COOPERATIVA ODONTOLÓGICA é uma sociedade de pessoas, sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764 de 16 de dezembro de 1971 e que opera exclusivamente Planos Odontológicos.
 - e. FILANTROPIA - entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social CNAS e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.
 - f. MEDICINA DE GRUPO - empresas que operam planos privados de assistência à saúde e não se encaixam nas demais definições
 - g. ODONTOLOGIA DE GRUPO – empresa que opera planos odontológicos e não se encaixa nas demais definições
 - h. SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAÚDE - seguradora que opera planos de saúde, sendo este seu único ramo de atuação
9. **OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE** - pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato classificado como plano de

saúde. (operar = exercer a atividade de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de saúde, conforme RDC 39 de 27/10/2000)

10. **PLANO PRIVADO DE SAÚDE** - prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente a expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor
11. **PLANO REFERÊNCIA** – (Conforme portal da ANS) É o plano instituído pela Lei 9.656/98 como padrão da assistência médico-hospitalar e que, obrigatoriamente, deve ser oferecido ao consumidor que deseja comprar um plano de saúde. Ele abrange o atendimento em consultórios e internação em padrão enfermagem, com direito a parto, a UTI e a todos os exames e tratamentos necessários para diagnosticar ou tratar o problema de saúde. Todas as doenças listadas pela OMS estão cobertas no Plano Referência, assim como todos os exames e tratamentos listados no Rol de Procedimentos publicado pela ANS. O consumidor que optar por outro tipo de plano deverá assinar uma declaração, em separado, dizendo que o Plano Referência lhe foi oferecido pela operadora.
12. **REDE PRESTADORA** – conjunto de prestadores de serviços de saúde, incluindo unidades hospitalares, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, serviços especializados, clínicas e consultórios médicos

13. **SEGMENTAÇÃO** – característica dos planos que especifica a cobertura assistencial (se inclui atendimento ambulatorial e/ou internação hospitalar e/ou atendimento obstétrico e/ou atendimento odontológico)
14. **SINISTRALIDADE** - Reflete a parcela das receitas que foi utilizada para custear as despesas assistenciais. O índice de sinistralidade é cálculo pela divisão do valor da conta contábil “Eventos Indenizáveis” representando os custos assistenciais pelo valor das “Contraprestações Efetivas” (representando o faturamento)
15. **VERTICALIZAÇÃO** – Conceito bastante utilizado em Economia Industrial. Também conhecido como Diversificação ou Integração Vertical, é o processo resultante da estratégia da empresa de assumir o controle sobre diferentes estágios (ou etapas) associados ao processo produtivo. Ainda pode ser entendido como a escolha de uma certa coordenação entre diferentes empresas que participam da cadeia de troca, em vez do sistema de trocas no mercado, bem mais incerto. No caso da saúde suplementar entende-se como participantes do processo produtivo principalmente os fornecedores de materiais e medicamentos e os prestadores de serviço em geral (hospitais, clínicas, serviços especializados, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e consultórios médicos)

ANEXO I

Aspectos Tributários das Cooperativas

IPI

São contribuintes não isentas da obrigação principal e acessória decorrentes da saída de produto que industrializar em seu estabelecimento. São contribuintes isentos da obrigação principal pelos barcos de pesca que venham produzir ou adquirir para distribuição ou repasse aos seus associados.

ICMS

De acordo com a Lei do ICMS vigente para pessoa jurídica normal. (ver detalhamento neste site, no item "Tributos e Obrigações"). Se a cooperativa operar dentro de um único município, não existe a incidência do ICMS.

PIS

De acordo com a legislação em vigor, a contribuição incide o percentual de 1% sobre a folha de pagamento de funcionários da cooperativa, e em casos de operar com não-associados, incide percentuais de 0,65% de acordo com a Medida Provisória 1.546-22, de 7 de agosto de 1997.

COFINS

De acordo com o artigo 60 da Lei Complementar 70/91, as cooperativas estão isentas do recolhimento da contribuição para Financiamento da Seguridade Social, mas tão somente quanto aos atos cooperativos de suas finalidades.

CONT. SOCIAL

Conforme acórdão, o Conselho de Contribuinte através da câmara Superior de recursos fiscais decidiu "Acórdão SEREF/01 - 1.751 publicado no DOU de 13.09.96, Pág. 18.145" que o resultado positivo obtido pelas sociedades cooperativas nas operações realizadas com os seus associados, os atos cooperativos, não integra a base de cálculo da Contribuição Social.

I.R.

Há incidência de imposto, seguindo as regras aplicáveis às pessoas jurídicas, quando há resultados positivos das operações das cooperativas com não associados. · Não há incidência de imposto, quando os resultados positivos são derivados de operações entre a cooperativa e seus associados.

INSS

Com o aditamento da Lei Complementar 84/96, passou a incidir o percentual de 15% sobre a retirada de cada cooperado e se os mesmos forem autônomos (inscritos na Previdência Social); a Contribuição será de 20% sobre o salário-base de cada associado. É importante ressaltar que a Obrigação do Recolhimento é de exclusiva responsabilidade da cooperativa.

ISS

A maioria dos municípios brasileiros preceitua que a incidência do Imposto em questão é sobre o total do faturamento. Entretanto, vários especialistas entendem que a única receita operacional da cooperativa de trabalho é a Taxa de Administração, que se tornaria o fato gerador do ISS.

FGTS

8% sobre a folha de pagamento dos empregados da Cooperativa. Somente tem como fato gerador para os empregados da cooperativa, sendo certo que não existe o fato gerador para os cooperativados.

Fonte: SEBRAE

ANEXO II

LEI Nº 5.764, DE 16 DE DEZEMBRO DE 1971.

Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

Da Política Nacional de Cooperativismo

Art. 1º Compreende-se como Política Nacional de Cooperativismo a atividade decorrente das iniciativas ligadas ao sistema cooperativo, originárias de setor público ou privado, isoladas ou coordenadas entre si, desde que reconhecido seu interesse público.

Art. 2º As atribuições do Governo Federal na coordenação e no estímulo às atividades de cooperativismo no território nacional serão exercidas na forma desta Lei e das normas que surgirem em sua decorrência.

Parágrafo único. A ação do Poder Público se exercerá, principalmente, mediante prestação de assistência técnica e de incentivos financeiros e creditórios especiais, necessários à criação, desenvolvimento e integração das entidades cooperativas.

CAPÍTULO II

Das Sociedades Cooperativas

Art. 3º Celebram contrato de sociedade cooperativa as pessoas que reciprocamente se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum, sem objetivo de lucro.

Art. 4º As cooperativas são sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil, não sujeitas a falência, constituídas para prestar serviços aos associados, distinguindo-se das demais sociedades pelas seguintes características:

I - adesão voluntária, com número ilimitado de associados, salvo impossibilidade técnica de prestação de serviços;

II - variabilidade do capital social representado por quotas-partes;

III - limitação do número de quotas-partes do capital para cada associado, facultado, porém, o estabelecimento de critérios de proporcionalidade, se assim for mais adequado para o cumprimento dos objetivos sociais;

IV - inacessibilidade das quotas-partes do capital a terceiros, estranhos à sociedade;

V - singularidade de voto, podendo as cooperativas centrais, federações e confederações de cooperativas, com exceção das que exerçam atividade de crédito, optar pelo critério da

proporcionalidade;

VI - quorum para o funcionamento e deliberação da Assembléia Geral baseado no número de associados e não no capital;

VII - retorno das sobras líquidas do exercício, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado, salvo deliberação em contrário da Assembléia Geral;

VIII - indivisibilidade dos fundos de Reserva e de Assistência Técnica Educacional e Social;

IX - neutralidade política e discriminação religiosa, racial e social;

X - prestação de assistência aos associados, e, quando previsto nos estatutos, aos empregados da cooperativa;

XI - área de admissão de associados limitada às possibilidades de reunião, controle, operações e prestação de serviços.

CAPÍTULO III

Do Objetivo e Classificação das Sociedades Cooperativas

Art. 5º As sociedades cooperativas poderão adotar por objeto qualquer gênero de serviço, operação ou atividade, assegurando-se-lhes o direito exclusivo e exigindo-se-lhes a obrigação do uso da expressão "cooperativa" em sua denominação.

Parágrafo único. É vedado às cooperativas o uso da expressão "Banco".

Art. 6º As sociedades cooperativas são consideradas:

I - singulares, as constituídas pelo número mínimo de 20 (vinte) pessoas físicas, sendo excepcionalmente permitida a admissão de pessoas jurídicas que tenham por objeto as mesmas ou correlatas atividades econômicas das pessoas físicas ou, ainda, aquelas sem fins lucrativos;

II - cooperativas centrais ou federações de cooperativas, as constituídas de, no mínimo, 3 (três) singulares, podendo, excepcionalmente, admitir associados individuais;

III - confederações de cooperativas, as constituídas, pelo menos, de 3 (três) federações de cooperativas ou cooperativas centrais, da mesma ou de diferentes modalidades.

§ 1º Os associados individuais das cooperativas centrais e federações de cooperativas serão inscritos no Livro de Matrícula da sociedade e classificados em grupos visando à transformação, no futuro, em cooperativas singulares que a elas se filiarão.

§ 2º A exceção estabelecida no item II, in fine, do caput deste artigo não se aplica às centrais e federações que exerçam atividades de crédito.

Art. 7º As cooperativas singulares se caracterizam pela prestação direta de serviços aos

associados.

Art. 8º As cooperativas centrais e federações de cooperativas objetivam organizar, em comum e em maior escala, os serviços econômicos e assistenciais de interesse das filiadas, integrando e orientando suas atividades, bem como facilitando a utilização recíproca dos serviços.

Parágrafo único. Para a prestação de serviços de interesse comum, é permitida a constituição de cooperativas centrais, às quais se associem outras cooperativas de objetivo e finalidades diversas.

Art. 9º As confederações de cooperativas têm por objetivo orientar e coordenar as atividades das filiadas, nos casos em que o vulto dos empreendimentos transcender o âmbito de capacidade ou conveniência de atuação das centrais e federações.

Art. 10. As cooperativas se classificam também de acordo com o objeto ou pela natureza das atividades desenvolvidas por elas ou por seus associados.

§ 1º Além das modalidades de cooperativas já consagradas, caberá ao respectivo órgão controlador apreciar e caracterizar outras que se apresentem.

§ 2º Serão consideradas mistas as cooperativas que apresentarem mais de um objeto de atividades.

§ 3º Somente as cooperativas agrícolas mistas poderão criar e manter seção de crédito.

Art. 11. As sociedades cooperativas serão de responsabilidade limitada, quando a responsabilidade do associado pelos compromissos da sociedade se limitar ao valor do capital por ele subscrito.

Art. 12. As sociedades cooperativas serão de responsabilidade ilimitada, quando a responsabilidade do associado pelos compromissos da sociedade for pessoal, solidária e não tiver limite.

Art. 13. A responsabilidade do associado para com terceiros, como membro da sociedade, somente poderá ser invocada depois de judicialmente exigida da cooperativa.

CAPÍTULO IV

Da Constituição das Sociedades Cooperativas

Art. 14. A sociedade cooperativa constitui-se por deliberação da Assembléia Geral dos fundadores, constantes da respectiva ata ou por instrumento público.

Art. 15. O ato constitutivo, sob pena de nulidade, deverá declarar:

I - a denominação da entidade, sede e objeto de funcionamento;

II - o nome, nacionalidade, idade, estado civil, profissão e residência dos associados, fundadores que o assinaram, bem como o valor e número da quota-parte de cada um;

III - aprovação do estatuto da sociedade;

IV - o nome, nacionalidade, estado civil, profissão e residência dos associados eleitos para os órgãos de administração, fiscalização e outros.

Art. 16. O ato constitutivo da sociedade e os estatutos, quando não transcritos naquele, serão assinados pelos fundadores.

SEÇÃO I

Da Autorização de Funcionamento

Art. 17. A cooperativa constituída na forma da legislação vigente apresentará ao respectivo órgão executivo federal de controle, no Distrito Federal, Estados ou Territórios, ou ao órgão local para isso credenciado, dentro de 30 (trinta) dias da data da constituição, para fins de autorização, requerimento acompanhado de 4 (quatro) vias do ato constitutivo, estatuto e lista nominativa, além de outros documentos considerados necessários.

Art. 18. Verificada, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de entrada em seu protocolo, pelo respectivo órgão executivo federal de controle ou órgão local para isso credenciado, a existência de condições de funcionamento da cooperativa em constituição, bem como a regularidade da documentação apresentada, o órgão controlador devolverá, devidamente autenticadas, 2 (duas) vias à cooperativa, acompanhadas de documento dirigido à Junta Comercial do Estado, onde a entidade estiver sediada, comunicando a aprovação do ato constitutivo da requerente.

§ 1º Dentro desse prazo, o órgão controlador, quando julgar conveniente, no interesse do fortalecimento do sistema, poderá ouvir o Conselho Nacional de Cooperativismo, caso em que não se verificará a aprovação automática prevista no parágrafo seguinte.

§ 2º A falta de manifestação do órgão controlador no prazo a que se refere este artigo implicará a aprovação do ato constitutivo e o seu subsequente arquivamento na Junta Comercial respectiva.

§ 3º Se qualquer das condições citadas neste artigo não for atendida satisfatoriamente, o órgão ao qual compete conceder a autorização dará ciência ao requerente, indicando as exigências a serem cumpridas no prazo de 60 (sessenta) dias, findos os quais, se não atendidas, o pedido será automaticamente arquivado.

§ 4º À parte é facultado interpor da decisão proferida pelo órgão controlador, nos Estados, Distrito Federal ou Territórios, recurso para a respectiva administração central, dentro do prazo de 30 (trinta) dias contado da data do recebimento da comunicação e, em segunda e última instância, ao Conselho Nacional de Cooperativismo, também no prazo de 30 (trinta) dias, exceção feita às cooperativas de crédito, às seções de crédito das cooperativas agrícolas mistas, e às cooperativas habitacionais, hipótese em que o recurso será apreciado pelo Conselho Monetário Nacional, no tocante às duas primeiras, e pelo Banco Nacional de Habitação em relação às últimas.

§ 5º Cumpridas as exigências, deverá o despacho do deferimento ou indeferimento da autorização ser exarado dentro de 60 (sessenta) dias, findos os quais, na ausência de decisão, o requerimento será considerado deferido. Quando a autorização depender de dois

ou mais órgãos do Poder Público, cada um deles terá o prazo de 60 (sessenta) dias para se manifestar.

§ 6º Arquivados os documentos na Junta Comercial e feita a respectiva publicação, a cooperativa adquire personalidade jurídica, tornando-se apta a funcionar.

§ 7º A autorização caducará, independentemente de qualquer despacho, se a cooperativa não entrar em atividade dentro do prazo de 90 (noventa) dias contados da data em que forem arquivados os documentos na Junta Comercial.

§ 8º Cancelada a autorização, o órgão de controle expedirá comunicação à respectiva Junta Comercial, que dará baixa nos documentos arquivados.

§ 9º A autorização para funcionamento das cooperativas de habitação, das de crédito e das seções de crédito das cooperativas agrícolas mistas subordina-se ainda, à política dos respectivos órgãos normativos.

§ 10. A criação de seções de crédito nas cooperativas agrícolas mistas será submetida à prévia autorização do Banco Central do Brasil.

Art. 19. A cooperativa escolar não estará sujeita ao arquivamento dos documentos de constituição, bastando remetê-los ao Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária, ou respectivo órgão local de controle, devidamente autenticados pelo diretor do estabelecimento de ensino ou a maior autoridade escolar do município, quando a cooperativa congregar associações de mais de um estabelecimento de ensino.

Art. 20. A reforma de estatutos obedecerá, no que couber, ao disposto nos artigos anteriores, observadas as prescrições dos órgãos normativos.

SEÇÃO II

Do Estatuto Social

Art. 21. O estatuto da cooperativa, além de atender ao disposto no artigo 4º, deverá indicar:

I - a denominação, sede, prazo de duração, área de ação, objeto da sociedade, fixação do exercício social e da data do levantamento do balanço geral;

II - os direitos e deveres dos associados, natureza de suas responsabilidades e as condições de admissão, demissão, eliminação e exclusão e as normas para sua representação nas assembléias gerais;

III - o capital mínimo, o valor da quota-parte, o mínimo de quotas-partes a ser subscrito pelo associado, o modo de integralização das quotas-partes, bem como as condições de sua retirada nos casos de demissão, eliminação ou de exclusão do associado;

IV - a forma de devolução das sobras registradas aos associados, ou do rateio das perdas apuradas por insuficiência de contribuição para cobertura das despesas da sociedade;

V - o modo de administração e fiscalização, estabelecendo os respectivos órgãos, com

definição de suas atribuições, poderes e funcionamento, a representação ativa e passiva da sociedade em juízo ou fora dele, o prazo do mandato, bem como o processo de substituição dos administradores e conselheiros fiscais;

VI - as formalidades de convocação das assembleias gerais e a maioria requerida para a sua instalação e validade de suas deliberações, vedado o direito de voto aos que nelas tiverem interesse particular sem privá-los da participação nos debates;

VII - os casos de dissolução voluntária da sociedade;

VIII - o modo e o processo de alienação ou oneração de bens imóveis da sociedade;

IX - o modo de reformar o estatuto;

X - o número mínimo de associados.

CAPÍTULO V

Dos Livros

Art. 22. A sociedade cooperativa deverá possuir os seguintes livros:

I - de Matrícula;

II - de Atas das Assembleias Gerais;

III - de Atas dos Órgãos de Administração;

IV - de Atas do Conselho Fiscal;

V - de presença dos Associados nas Assembleias Gerais;

VI - outros, fiscais e contábeis, obrigatórios.

Parágrafo único. É facultada a adoção de livros de folhas soltas ou fichas.

Art. 23. No Livro de Matrícula, os associados serão inscritos por ordem cronológica de admissão, dele constando:

I - o nome, idade, estado civil, nacionalidade, profissão e residência do associado;

II - a data de sua admissão e, quando for o caso, de sua demissão a pedido, eliminação ou exclusão;

III - a conta corrente das respectivas quotas-partes do capital social.

CAPÍTULO VI

Do Capital Social

Art. 24. O capital social será subdividido em quotas-partes, cujo valor unitário não poderá ser superior ao maior salário mínimo vigente no País.

§ 1º Nenhum associado poderá subscrever mais de 1/3 (um terço) do total das quotas-partes, salvo nas sociedades em que a subscrição deva ser diretamente proporcional ao movimento financeiro do cooperado ou ao quantitativo dos produtos a serem comercializados, beneficiados ou transformados, ou ainda, em relação à área cultivada ou ao número de plantas e animais em exploração.

§ 2º Não estão sujeitas ao limite estabelecido no parágrafo anterior as pessoas jurídicas de direito público que participem de cooperativas de eletrificação, irrigação e telecomunicações.

§ 3º É vedado às cooperativas distribuírem qualquer espécie de benefício às quotas-partes do capital ou estabelecer outras vantagens ou privilégios, financeiros ou não, em favor de quaisquer associados ou terceiros excetuando-se os juros até o máximo de 12% (doze por cento) ao ano que incidirão sobre a parte integralizada.

Art. 25. Para a formação do capital social poder-se-á estipular que o pagamento das quotas-partes seja realizado mediante prestações periódicas, independentemente de chamada, por meio de contribuições ou outra forma estabelecida a critério dos respectivos órgãos executivos federais.

Art. 26. A transferência de quotas-partes será averbada no Livro de Matrícula, mediante termo que conterà as assinaturas do cedente, do cessionário e do diretor que o estatuto designar.

Art. 27. A integralização das quotas-partes e o aumento do capital social poderão ser feitos com bens avaliados previamente e após homologação em Assembléia Geral ou mediante retenção de determinada porcentagem do valor do movimento financeiro de cada associado.

§ 1º O disposto neste artigo não se aplica às cooperativas de crédito, às agrícolas mistas com seção de crédito e às habitacionais.

§ 2º Nas sociedades cooperativas em que a subscrição de capital for diretamente proporcional ao movimento ou à expressão econômica de cada associado, o estatuto deverá prever sua revisão periódica para ajustamento às condições vigentes.

CAPÍTULO VII

Dos Fundos

Art. 28. As cooperativas são obrigadas a constituir:

I - Fundo de Reserva destinado a reparar perdas e atender ao desenvolvimento de suas atividades, constituído com 10% (dez por cento), pelo menos, das sobras líquidas do exercício;

II - Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social, destinado a prestação de assistência aos associados, seus familiares e, quando previsto nos estatutos, aos empregados da cooperativa, constituído de 5% (cinco por cento), pelo menos, das sobras líquidas apuradas no exercício.

§ 1º Além dos previstos neste artigo, a Assembléia Geral poderá criar outros fundos, inclusive rotativos, com recursos destinados a fins específicos fixando o modo de formação, aplicação e liquidação.

§ 2º Os serviços a serem atendidos pelo Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social poderão ser executados mediante convênio com entidades públicas e privadas.

CAPÍTULO VIII

Dos Associados

Art. 29. O ingresso nas cooperativas é livre a todos que desejarem utilizar os serviços prestados pela sociedade, desde que adiram aos propósitos sociais e preencham as condições estabelecidas no estatuto, ressalvado o disposto no artigo 4º, item I, desta Lei.

§ 1º A admissão dos associados poderá ser restrita, a critério do órgão normativo respectivo, às pessoas que exerçam determinada atividade ou profissão, ou estejam vinculadas a determinada entidade.

§ 2º Poderão ingressar nas cooperativas de pesca e nas constituídas por produtores rurais ou extrativistas, as pessoas jurídicas que pratiquem as mesmas atividades econômicas das pessoas físicas associadas.

§ 3º Nas cooperativas de eletrificação, irrigação e telecomunicações, poderão ingressar as pessoas jurídicas que se localizem na respectiva área de operações.

§ 4º Não poderão ingressar no quadro das cooperativas os agentes de comércio e empresários que operem no mesmo campo econômico da sociedade.

Art. 30. À exceção das cooperativas de crédito e das agrícolas mistas com seção de crédito, a admissão de associados, que se efetive mediante aprovação de seu pedido de ingresso pelo órgão de administração, complementa-se com a subscrição das quotas-partes de capital social e a sua assinatura no Livro de Matrícula.

Art. 31. O associado que aceitar e estabelecer relação empregatícia com a cooperativa, perde o direito de votar e ser votado, até que sejam aprovadas as contas do exercício em que ele deixou o emprego.

Art. 32. A demissão do associado será unicamente a seu pedido.

Art. 33. A eliminação do associado é aplicada em virtude de infração legal ou estatutária, ou por fato especial previsto no estatuto, mediante termo firmado por quem de direito no Livro de Matrícula, com os motivos que a determinaram.

Art. 34. A diretoria da cooperativa tem o prazo de 30 (trinta) dias para comunicar ao interessado a sua eliminação.

Parágrafo único. Da eliminação cabe recurso, com efeito suspensivo à primeira Assembléia Geral.

Art. 35. A exclusão do associado será feita:

I - por dissolução da pessoa jurídica;

II - por morte da pessoa física;

III - por incapacidade civil não suprida;

IV - por deixar de atender aos requisitos estatutários de ingresso ou permanência na cooperativa.

Art. 36. A responsabilidade do associado perante terceiros, por compromissos da sociedade, perdura para os demitidos, eliminados ou excluídos até quando aprovadas as contas do exercício em que se deu o desligamento.

Parágrafo único. As obrigações dos associados falecidos, contraídas com a sociedade, e as oriundas de sua responsabilidade como associado em face de terceiros, passam aos herdeiros, prescrevendo, porém, após um ano contado do dia da abertura da sucessão, ressalvados os aspectos peculiares das cooperativas de eletrificação rural e habitacionais.

Art. 37. A cooperativa assegurará a igualdade de direitos dos associados sendo-lhe defeso:

I - remunerar a quem agencie novos associados;

II - cobrar prêmios ou ágio pela entrada de novos associados ainda a título de compensação das reservas;

III - estabelecer restrições de qualquer espécie ao livre exercício dos direitos sociais.

CAPÍTULO IX **Dos Órgãos Sociais**

SEÇÃO I **Das Assembléias Gerais**

Art. 38. A Assembléia Geral dos associados é o órgão supremo da sociedade, dentro dos limites legais e estatutários, tendo poderes para decidir os negócios relativos ao objeto da sociedade e tomar as resoluções convenientes ao desenvolvimento e defesa desta, e suas deliberações vinculam a todos, ainda que ausentes ou discordantes.

§ 1º As Assembléias Gerais serão convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação, mediante editais afixados em locais apropriados das dependências comumente mais freqüentadas pelos associados, publicação em jornal e comunicação aos associados por intermédio de circulares. Não havendo no horário estabelecido, quorum de instalação, as assembléias poderão ser realizadas em segunda ou terceira convocações desde que assim permitam os estatutos e conste do respectivo edital, quando então será observado o intervalo mínimo de 1 (uma) hora entre a realização por uma ou outra convocação.

§ 2º A convocação será feita pelo Presidente, ou por qualquer dos órgãos de administração, pelo Conselho Fiscal, ou após solicitação não atendida, por 1/5 (um quinto) dos associados

em pleno gozo dos seus direitos.

§ 3º As deliberações nas Assembléias Gerais serão tomadas por maioria de votos dos associados presentes com direito de votar.

Art. 39. É da competência das Assembléias Gerais, ordinárias ou extraordinárias, a destituição dos membros dos órgãos de administração ou fiscalização.

Parágrafo único. Ocorrendo destituição que possa afetar a regularidade da administração ou fiscalização da entidade, poderá a Assembléia designar administradores e conselheiros provisórios, até a posse dos novos, cuja eleição se efetuará no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

Art. 40. Nas Assembléias Gerais o quorum de instalação será o seguinte:

I - 2/3 (dois terços) do número de associados, em primeira convocação;

II - metade mais 1 (um) dos associados em segunda convocação;

III - mínimo de 10 (dez) associados na terceira convocação ressalvado o caso de cooperativas centrais e federações e confederações de cooperativas, que se instalarão com qualquer número.

Art. 41. Nas Assembléias Gerais das cooperativas centrais, federações e confederações de cooperativas, a representação será feita por delegados indicados na forma dos seus estatutos e credenciados pela diretoria das respectivas filiadas.

Parágrafo único. Os grupos de associados individuais das cooperativas centrais e federações de cooperativas serão representados por 1 (um) delegado, escolhida entre seus membros e credenciado pela respectiva administração.

Art. 42. Nas cooperativas singulares, cada associado presente não terá direito a mais de 1 (um) voto, qualquer que seja o número de suas quotas-partes. (Redação dada ao caput e §§ pela Lei nº 6.981, de 30/03/82)

§ 1º Não será permitida a representação por meio de mandatário.

§ 2º Quando o número de associados, nas cooperativas singulares exceder a 3.000 (três mil), pode o estatuto estabelecer que os mesmos sejam representados nas Assembléias Gerais por delegados que tenham a qualidade de associados no gozo de seus direitos sociais e não exerçam cargos eletivos na sociedade.

§ 3º O estatuto determinará o número de delegados, a época e forma de sua escolha por grupos seccionais de associados de igual número e o tempo de duração da delegação.

§ 4º Admitir-se-á, também, a delegação definida no parágrafo anterior nas cooperativas singulares cujo número de associados seja inferior a 3.000 (três mil), desde que haja filiados residindo a mais de 50 km (cinquenta quilômetros) da sede.

§ 5º Os associados, integrantes de grupos seccionais, que não sejam delegados, poderão

comparecer às Assembléias Gerais, privados, contudo, de voz e voto.

§ 6º As Assembléias Gerais compostas por delegados decidem sobre todas as matérias que, nos termos da lei ou dos estatutos, constituem objeto de decisão da assembléia geral dos associados.

Art. 43. Prescreve em 4 (quatro) anos, a ação para anular as deliberações da Assembléia Geral viciadas de erro, dolo, fraude ou simulação, ou tomadas com violação da lei ou do estatuto, contado o prazo da data em que a Assembléia foi realizada.

SEÇÃO II

Das Assembléias Gerais Ordinárias

Art. 44. A Assembléia Geral Ordinária, que se realizará anualmente nos 3 (três) primeiros meses após o término do exercício social, deliberará sobre os seguintes assuntos que deverão constar da ordem do dia:

I - prestação de contas dos órgãos de administração acompanhada de parecer do Conselho Fiscal, compreendendo:

a) relatório da gestão;

b) balanço;

c) demonstrativo das sobras apuradas ou das perdas decorrentes da insuficiência das contribuições para cobertura das despesas da sociedade e o parecer do Conselho Fiscal.

II - destinação das sobras apuradas ou rateio das perdas decorrentes da insuficiência das contribuições para cobertura das despesas da sociedade, deduzindo-se, no primeiro caso as parcelas para os Fundos Obrigatórios;

III - eleição dos componentes dos órgãos de administração, do Conselho Fiscal e de outros, quando for o caso;

IV - quando previsto, a fixação do valor dos honorários, gratificações e cédula de presença dos membros do Conselho de Administração ou da Diretoria e do Conselho Fiscal;

V - quaisquer assuntos de interesse social, excluídos os enumerados no artigo 46.

§ 1º Os membros dos órgãos de administração e fiscalização não poderão participar da votação das matérias referidas nos itens I e IV deste artigo.

§ 2º À exceção das cooperativas de crédito e das agrícolas mistas com seção de crédito, a aprovação do relatório, balanço e contas dos órgãos de administração, desonera seus componentes de responsabilidade, ressalvados os casos de erro, dolo, fraude ou simulação, bem como a infração da lei ou do estatuto.

SEÇÃO III

Das Assembléias Gerais Extraordinárias

Art. 45. A Assembléia Geral Extraordinária realizar-se-á sempre que necessário e poderá deliberar sobre qualquer assunto de interesse da sociedade, desde que mencionado no edital de convocação.

Art. 46. É da competência exclusiva da Assembléia Geral Extraordinária deliberar sobre os seguintes assuntos:

I - reforma do estatuto;

II - fusão, incorporação ou desmembramento;

III - mudança do objeto da sociedade;

IV - dissolução voluntária da sociedade e nomeação de liquidantes;

V - contas do liquidante.

Parágrafo único. São necessários os votos de 2/3 (dois terços) dos associados presentes, para tornar válidas as deliberações de que trata este artigo.

SEÇÃO IV

Dos Órgãos de Administração

Art. 47. A sociedade será administrada por uma Diretoria ou Conselho de Administração, composto exclusivamente de associados eleitos pela Assembléia Geral, com mandato nunca superior a 4 (quatro) anos, sendo obrigatória a renovação de, no mínimo, 1/3 (um terço) do Conselho de Administração.

§ 1º O estatuto poderá criar outros órgãos necessários à administração.

§ 2º A posse dos administradores e conselheiros fiscais das cooperativas de crédito e das agrícolas mistas com seção de crédito e habitacionais fica sujeita à prévia homologação dos respectivos órgãos normativos.

Art. 48. Os órgãos de administração podem contratar gerentes técnicos ou comerciais, que não pertençam ao quadro de associados, fixando-lhes as atribuições e salários.

Art. 49. Ressalvada a legislação específica que rege as cooperativas de crédito, as seções de crédito das cooperativas agrícolas mistas e as de habitação, os administradores eleitos ou contratados não serão pessoalmente responsáveis pelas obrigações que contraírem em nome da sociedade, mas responderão solidariamente pelos prejuízos resultantes de seus atos, se procederem com culpa ou dolo.

Parágrafo único. A sociedade responderá pelos atos a que se refere a última parte deste artigo se os houver ratificado ou deles logrado proveito.

Art. 50. Os participantes de ato ou operação social em que se oculte a natureza da sociedade podem ser declarados pessoalmente responsáveis pelas obrigações em nome dela contraídas, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Art. 51. São inelegíveis, além das pessoas impedidas por lei, os condenados a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, ou contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade.

Parágrafo único. Não podem compor uma mesma Diretoria ou Conselho de Administração, os parentes entre si até 2º (segundo) grau, em linha reta ou colateral.

Art. 52. O diretor ou associado que, em qualquer operação, tenha interesse oposto ao da sociedade, não pode participar das deliberações referentes a essa operação, cumprindo-lhe acusar o seu impedimento.

Art. 53. Os componentes da Administração e do Conselho fiscal, bem como os liquidantes, equiparam-se aos administradores das sociedades anônimas para efeito de responsabilidade criminal.

Art. 54. Sem prejuízo da ação que couber ao associado, a sociedade, por seus diretores, ou representada pelo associado escolhido em Assembléia Geral, terá direito de ação contra os administradores, para promover sua responsabilidade.

Art. 55. Os empregados de empresas que sejam eleitos diretores de sociedades cooperativas pelos mesmos criadas, gozarão das garantias asseguradas aos dirigentes sindicais pelo artigo 543 da Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943).

SEÇÃO V

Do Conselho Fiscal

Art. 56. A administração da sociedade será fiscalizada, assídua e minuciosamente, por um Conselho Fiscal, constituído de 3 (três) membros efetivos e 3 (três) suplentes, todos associados eleitos anualmente pela Assembléia Geral, sendo permitida apenas a reeleição de 1/3 (um terço) dos seus componentes.

§ 1º Não podem fazer parte do Conselho Fiscal, além dos inelegíveis enumerados no artigo

51, os parentes dos diretores até o 2º (segundo) grau, em linha reta ou colateral, bem como os parentes entre si até esse grau.

§ 2º O associado não pode exercer cumulativamente cargos nos órgãos de administração e de fiscalização.

CAPÍTULO X

Fusão, Incorporação e Desmembramento

Art. 57. Pela fusão, duas ou mais cooperativas formam nova sociedade.

§ 1º Deliberada a fusão, cada cooperativa interessada indicará nomes para comporem comissão mista que procederá aos estudos necessários à constituição da nova sociedade, tais como o levantamento patrimonial, balanço geral, plano de distribuição de quotas-partes, destino dos fundos de reserva e outros e o projeto de estatuto.

§ 2º Aprovado o relatório da comissão mista e constituída a nova sociedade em Assembléia Geral conjunta os respectivos documentos serão arquivados, para aquisição de personalidade jurídica, na Junta Comercial competente, e duas vias dos mesmos, com a publicação do arquivamento, serão encaminhadas ao órgão executivo de controle ou ao órgão local credenciado.

§ 3º Exclui-se do disposto no parágrafo anterior a fusão que envolver cooperativas que exerçam atividades de crédito. Nesse caso, aprovado o relatórios da comissão mista e constituída a nova sociedade em Assembléia Geral conjunta, a autorização para funcionar e o registro dependerão de prévia anuência do Banco Central do Brasil.

Art. 58. A fusão determina a extinção das sociedades que se unem para formar a nova sociedade que lhe sucederá nos direitos e obrigações.

Art. 59. Pela incorporação, uma sociedade cooperativa absorve o patrimônio, recebe os associados, assume as obrigações e se investe nos direitos de outra ou outras cooperativas.

Parágrafo único. Na hipótese prevista neste artigo, serão obedecidas as mesmas formalidades estabelecidas para a fusão, limitadas as avaliações ao patrimônio da ou das sociedades incorporandas.

Art. 60. As sociedades cooperativas poderão desmembrar-se em tantas quantas forem necessárias para atender aos interesses dos seus associados, podendo uma das novas entidades ser constituída como cooperativa central ou federação de cooperativas, cujas autorizações de funcionamento e os arquivamentos serão requeridos conforme o disposto nos artigos 17 e seguintes.

Art. 61. Deliberado o desmembramento, a Assembléia designará uma comissão para estudar as providências necessárias à efetivação da medida.

§ 1º O relatório apresentado pela comissão, acompanhado dos projetos de estatutos das novas cooperativas, será apreciado em nova Assembléia especialmente convocada para esse fim.

§ 2º O plano de desmembramento preverá o rateio, entre as novas cooperativas, do ativo e passivo da sociedade desmembrada.

§ 3º No rateio previsto no parágrafo anterior, atribuir-se-á a cada nova cooperativa parte do capital social da sociedade desmembrada em quota correspondente à participação dos associados que passam a integrá-la.

§ 4º Quando uma das cooperativas for constituída como cooperativa central ou federação de cooperativas, prever-se-á o montante das quotas-partes que as associadas terão no capital social.

Art. 62. Constituídas as sociedades e observado o disposto nos artigos 17 e seguintes, proceder-se-á às transferências contábeis e patrimoniais necessárias à concretização das medidas adotadas.

CAPÍTULO XI

Da Dissolução e Liquidação

Art. 63. As sociedades cooperativas se dissolvem de pleno direito:

I - quando assim deliberar a Assembléia Geral, desde que os associados, totalizando o número mínimo exigido por esta Lei, não se disponham a assegurar a sua continuidade;

II - pelo decurso do prazo de duração;

III - pela consecução dos objetivos predeterminados;

IV - devido à alteração de sua forma jurídica;

V - pela redução do número mínimo de associados ou do capital social mínimo se, até a Assembléia Geral subsequente, realizada em prazo não inferior a 6 (seis) meses, eles não forem restabelecidos;

VI - pelo cancelamento da autorização para funcionar;

VII - pela paralisação de suas atividades por mais de 120 (cento e vinte) dias.

Parágrafo único. A dissolução da sociedade importará no cancelamento da autorização para funcionar e do registro.

Art. 64. Quando a dissolução da sociedade não for promovida voluntariamente, nas hipóteses previstas no artigo anterior, a medida poderá ser tomada judicialmente a pedido de qualquer associado ou por iniciativa do órgão executivo federal.

Art. 65. Quando a dissolução for deliberada pela Assembléia Geral, esta nomeará um liquidante ou mais, e um Conselho Fiscal de 3 (três) membros para proceder à sua liquidação.

§ 1º O processo de liquidação só poderá ser iniciado após a audiência do respectivo órgão executivo federal.

§ 2º A Assembléia Geral, nos limites de suas atribuições, poderá, em qualquer época, destituir os liquidantes e os membros do Conselho Fiscal, designando os seus substitutos.

Art. 66. Em todos os atos e operações, os liquidantes deverão usar a denominação da cooperativa, seguida da expressão: "Em liquidação".

Art. 67. Os liquidantes terão todos os poderes normais de administração podendo praticar atos e operações necessários à realização do ativo e pagamento do passivo.

Art. 68. São obrigações dos liquidantes:

I - providenciar o arquivamento, na junta Comercial, da Ata da Assembléia Geral em que foi deliberada a liquidação;

II - comunicar à administração central do respectivo órgão executivo federal e ao Banco Nacional de Crédito Cooperativo S/A., a sua nomeação, fornecendo cópia da Ata da Assembléia Geral que decidiu a matéria;

III - arrecadar os bens, livros e documentos da sociedade, onde quer que estejam;

IV - convocar os credores e devedores e promover o levantamento dos créditos e débitos da sociedade;

V - proceder nos 15 (quinze) dias seguintes ao de sua investidura e com a assistência, sempre que possível, dos administradores, ao levantamento do inventário e balanço geral do ativo e passivo;

VI - realizar o ativo social para saldar o passivo e reembolsar os associados de suas quotas-partes, destinando o remanescente, inclusive o dos fundos indivisíveis, ao Banco Nacional de Crédito Cooperativo S/A.;

VII - exigir dos associados a integralização das respectivas quotas-partes do capital social não realizadas, quando o ativo não bastar para solução do passivo;

VIII - fornecer aos credores a relação dos associados, se a sociedade for de responsabilidade ilimitada e se os recursos apurados forem insuficientes para o pagamento das dívidas;

IX - convocar a Assembléia Geral, cada 6 (seis) meses ou sempre que necessário, para apresentar relatório e balanço do estado da liquidação e prestar contas dos atos praticados durante o período anterior;

X - apresentar à Assembléia Geral, finda a liquidação, o respectivo relatório e as contas finais;

XI - averbar, no órgão competente, a Ata da Assembléia Geral que considerar encerrada a liquidação.

Art. 69. As obrigações e as responsabilidades dos liquidantes regem-se pelos preceitos peculiares aos dos administradores da sociedade liquidanda.

Art. 70. Sem autorização da Assembléia não poderá o liquidante gravar de ônus os móveis e imóveis, contrair empréstimos, salvo quando indispensáveis para o pagamento de obrigações inadiáveis, nem prosseguir, embora para facilitar a liquidação, na atividade social.

Art. 71. Respeitados os direitos dos credores preferenciais, pagará o liquidante as dívidas sociais proporcionalmente e sem distinção entre vencidas ou não.

Art. 72. A Assembléia Geral poderá resolver, antes de ultimada a liquidação, mas depois de pagos os credores, que o liquidante faça rateios por antecipação da partilha, à medida em que se apurem os haveres sociais.

Art. 73. Solucionado o passivo, reembolsados os cooperados até o valor de suas quotas-

partes e encaminhado o remanescente conforme o estatuído, convocará o liquidante Assembléia Geral para prestação final de contas.

Art. 74. Aprovadas as contas, encerra-se a liquidação e a sociedade se extingue, devendo a ata da Assembléia ser arquivada na Junta Comercial e publicada.

Parágrafo único. O associado discordante terá o prazo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação da ata, para promover a ação que couber.

Art. 75. A liquidação extrajudicial das cooperativas poderá ser promovida por iniciativa do respectivo órgão executivo federal, que designará o liquidante, e será processada de acordo com a legislação específica e demais disposições regulamentares, desde que a sociedade deixe de oferecer condições operacionais, principalmente por constatada insolvência.

§ 1º A liquidação extrajudicial, tanto quanto possível, deverá ser precedida de intervenção na sociedade.

§ 2º Ao interventor, além dos poderes expressamente concedidos no ato de intervenção, são atribuídas funções, prerrogativas e obrigações dos órgãos de administração.

Art. 76. A publicação no Diário Oficial, da ata da Assembléia Geral da sociedade, que deliberou sua liquidação, ou da decisão do órgão executivo federal quando a medida for de sua iniciativa, implicará a sustação de qualquer ação judicial contra a cooperativa, pelo prazo de 1 (um) ano, sem prejuízo, entretanto, da fluência dos juros legais ou pactuados e seus acessórios.

Parágrafo único. Decorrido o prazo previsto neste artigo, sem que, por motivo relevante, esteja encerrada a liquidação, poderá ser o mesmo prorrogado, no máximo por mais 1 (um) ano, mediante decisão do órgão citado no artigo, publicada, com os mesmos efeitos, no Diário Oficial.

Art. 77. Na realização do ativo da sociedade, o liquidante devera:

I - mandar avaliar, por avaliadores judiciais ou de Instituições Financeiras Públicas, os bens de sociedade;

II - proceder à venda dos bens necessários ao pagamento do passivo da sociedade, observadas, no que couber, as normas constantes dos artigos 117 e 118 do Decreto-Lei n. 7.661, de 21 de junho de 1945.

Art. 78. A liquidação das cooperativas de crédito e da seção de crédito das cooperativas agrícolas mistas reger-se-á pelas normas próprias legais e regulamentares.

CAPÍTULO XII

Do Sistema Operacional das Cooperativas

SEÇÃO I

Do Ato Cooperativo

Art. 79. Denominam-se atos cooperativos os praticados entre as cooperativas e seus

associados, entre estes e aquelas e pelas cooperativas entre si quando associados, para a consecução dos objetivos sociais.

Parágrafo único. O ato cooperativo não implica operação de mercado, nem contrato de compra e venda de produto ou mercadoria.

SEÇÃO II

Das Distribuições de Despesas

Art. 80. As despesas da sociedade serão cobertas pelos associados mediante rateio na proporção direta da fruição de serviços.

Parágrafo único. A cooperativa poderá, para melhor atender à equanimidade de cobertura das despesas da sociedade, estabelecer:

I - rateio, em partes iguais, das despesas gerais da sociedade entre todos os associados, quer tenham ou não, no ano, usufruído dos serviços por ela prestados, conforme definidas no estatuto;

II - rateio, em razão diretamente proporcional, entre os associados que tenham usufruído dos serviços durante o ano, das sobras líquidas ou dos prejuízos verificados no balanço do exercício, excluídas as despesas gerais já atendidas na forma do item anterior.

Art. 81. A cooperativa que tiver adotado o critério de separar as despesas da sociedade e estabelecido o seu rateio na forma indicada no parágrafo único do artigo anterior deverá levantar separadamente as despesas gerais.

SEÇÃO III

Das Operações da Cooperativa

Art. 82. A cooperativa que se dedicar a vendas em comum poderá registrar-se como armazém geral e, nessa condição, expedir "Conhecimentos de Depósitos" e Warrants para os produtos de seus associados conservados em seus armazéns, próprios ou arrendados, sem prejuízo da emissão de outros títulos decorrentes de suas atividades normais, aplicando-se, no que couber, a legislação específica.

§ 1º Para efeito deste artigo, os armazéns da cooperativa se equiparam aos "Armazéns Gerais", com as prerrogativas e obrigações destes, ficando os componentes do Conselho de Administração ou Diretoria Executiva, emitente do título, responsáveis pessoal e solidariamente, pela boa guarda e conservação dos produtos vinculados, respondendo criminal e civilmente pelas declarações constantes do título, como também por qualquer ação ou omissão que acarrete o desvio, deterioração ou perda dos produtos.

§ 2º Observado o disposto no § 1º, as cooperativas poderão operar unidades de armazenagem, embalagem e frigorificação, bem como armazéns gerais alfandegários, nos termos do disposto no Capítulo IV da Lei n. 5.025, de 10 de junho de 1966.

Art. 83. A entrega da produção do associado à sua cooperativa significa a outorga a esta de plenos poderes para a sua livre disposição, inclusive para gravá-la e dá-la em garantia de operações de crédito realizadas pela sociedade, salvo se, tendo em vista os usos e

costumes relativos à comercialização de determinados produtos, sendo de interesse do produtor, os estatutos dispuserem de outro modo.

Art. 84. As cooperativas de crédito rural e as seções de crédito das cooperativas agrícolas mistas só poderão operar com associados, pessoas físicas, que de forma efetiva e predominante:

I - desenvolvam, na área de ação da cooperativa, atividades agrícolas, pecuárias ou extrativas;

II - se dediquem a operações de captura e transformação do pescado.

Parágrafo único. As operações de que trata este artigo só poderão ser praticadas com pessoas jurídicas, associadas, desde que exerçam exclusivamente atividades agrícolas, pecuárias ou extrativas na área de ação da cooperativa ou atividade de captura ou transformação do pescado.

Art. 85. As cooperativas agropecuárias e de pesca poderão adquirir produtos de não associados, agricultores, pecuaristas ou pescadores, para completar lotes destinados ao cumprimento de contratos ou suprir capacidade ociosa de instalações industriais das cooperativas que as possuem.

Art. 86. As cooperativas poderão fornecer bens e serviços a não associados, desde que tal faculdade atenda aos objetivos sociais e estejam de conformidade com a presente lei.

Parágrafo único. No caso das cooperativas de crédito e das seções de crédito das cooperativas agrícolas mistas, o disposto neste artigo só se aplicará com base em regras a serem estabelecidas pelo órgão normativo.

Art. 87. Os resultados das operações das cooperativas com não associados, mencionados nos artigos 85 e 86, serão levados à conta do "Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social" e serão contabilizados em separado, de molde a permitir cálculo para incidência de tributos.

Art. 88. Mediante prévia e expressa autorização concedida pelo respectivo órgão executivo federal, consoante as normas e limites instituídos pelo Conselho Nacional de Cooperativismo, poderão as cooperativas participar de sociedades não cooperativas públicas ou privadas, em caráter excepcional, para atendimento de objetivos acessórios ou complementares. (Vide Medida Provisória nº 2.168-40, de 24 de agosto de 2001)

Parágrafo único. As inversões decorrentes dessa participação serão contabilizadas em títulos específicos e seus eventuais resultados positivos levados ao "Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social".

SEÇÃO IV

Dos Prejuízos

Art. 89. Os prejuízos verificados no decorrer do exercício serão cobertos com recursos provenientes do Fundo de Reserva e, se insuficiente este, mediante rateio, entre os associados, na razão direta dos serviços usufruídos, ressalvada a opção prevista no parágrafo único do artigo 80.

SEÇÃO V

Do Sistema Trabalhista

Art. 90. Qualquer que seja o tipo de cooperativa, não existe vínculo empregatício entre ela e seus associados.

Art. 91. As cooperativas igualam-se às demais empresas em relação aos seus empregados para os fins da legislação trabalhista e previdenciária.

CAPÍTULO XIII

Da Fiscalização e Controle

Art. 92. A fiscalização e o controle das sociedades cooperativas, nos termos desta lei e dispositivos legais específicos, serão exercidos, de acordo com o objeto de funcionamento, da seguinte forma:

I - as de crédito e as seções de crédito das agrícolas mistas pelo Banco Central do Brasil;

II - as de habitação pelo Banco Nacional de Habitação;

III - as demais pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária.

§ 1º Mediante autorização do Conselho Nacional de Cooperativismo, os órgãos controladores federais, poderão solicitar, quando julgarem necessário, a colaboração de outros órgãos administrativos, na execução das atribuições previstas neste artigo.

§ 2º As sociedades cooperativas permitirão quaisquer verificações determinadas pelos respectivos órgãos de controle, prestando os esclarecimentos que lhes forem solicitados, além de serem obrigadas a remeter-lhes anualmente a relação dos associados admitidos, demitidos, eliminados e excluídos no período, cópias de atas, de balanços e dos relatórios do exercício social e parecer do Conselho Fiscal.

Art. 93. O Poder Público, por intermédio da administração central dos órgãos executivos federais competentes, por iniciativa própria ou solicitação da Assembléia Geral ou do Conselho Fiscal, intervirá nas cooperativas quando ocorrer um dos seguintes casos:

I - violação contumaz das disposições legais;

II - ameaça de insolvência em virtude de má administração da sociedade;

III - paralisação das atividades sociais por mais de 120 (cento e vinte) dias consecutivos;

IV - inobservância do artigo 56, § 2º.

Parágrafo único. Aplica-se, no que couber, às cooperativas habitacionais, o disposto neste artigo.

Art. 94. Observar-se-á, no processo de intervenção, a disposição constante do § 2º do

artigo 75.

CAPÍTULO XIV

Do Conselho Nacional de Cooperativismo

Art. 95. A orientação geral da política cooperativista nacional caberá ao Conselho Nacional de Cooperativismo - CNC, que passará a funcionar junto ao Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA, com plena autonomia administrativa e financeira, na forma do artigo 172 do Decreto-Lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967, sob a presidência do Ministro da Agricultura e composto de 8 (oito) membros indicados pelos seguintes representados:

I - Ministério do Planejamento e Coordenação Geral;

II - Ministério da Fazenda, por intermédio do Banco Central do Brasil;

III - Ministério do Interior, por intermédio do Banco Nacional da Habitação;

IV - Ministério da Agricultura, por intermédio do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA, e do Banco Nacional de Crédito Cooperativo S/A.;

V - Organização das Cooperativas Brasileiras.

Parágrafo único. A entidade referida no inciso V deste artigo contará com 3 (três) elementos para fazer-se representar no Conselho.

Art. 96. O Conselho, que deverá reunir-se ordinariamente uma vez por mês, será presidido pelo Ministro da Agricultura, a quem caberá o voto de qualidade, sendo suas resoluções votadas por maioria simples, com a presença, no mínimo de 3 (três) representantes dos órgãos oficiais mencionados nos itens I a IV do artigo anterior.

Parágrafo único. Nos seus impedimentos eventuais, o substituto do Presidente será o Presidente do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária.

Art. 97. Ao Conselho Nacional de Cooperativismo compete:

I - editar atos normativos para a atividade cooperativista nacional;

II - baixar normas regulamentadoras, complementares e interpretativas, da legislação cooperativista;

III - organizar e manter atualizado o cadastro geral das cooperativas nacionais;

IV - decidir, em última instância, os recursos originários de decisões do respectivo órgão executivo federal;

V - apreciar os anteprojetos que objetivam a revisão da legislação cooperativista;

VI - estabelecer condições para o exercício de quaisquer cargos eletivos de administração ou fiscalização de cooperativas;

VII - definir as condições de funcionamento do empreendimento cooperativo, a que se refere o artigo 18;

VIII - votar o seu próprio regimento;

IX - autorizar, onde houver condições, a criação de Conselhos Regionais de Cooperativismo, definindo-lhes as atribuições;

X - decidir sobre a aplicação do Fundo Nacional de Cooperativismo, nos termos do artigo 102 desta Lei;

XI - estabelecer em ato normativo ou de caso a caso, conforme julgar necessário, o limite a ser observado nas operações com não associados a que se referem os artigos 85 e 86.

Parágrafo único. As atribuições do Conselho Nacional de Cooperativismo não se estendem às cooperativas de habitação, às de crédito e às seções de crédito das cooperativas agrícolas mistas, no que forem regidas por legislação própria.

Art. 98. O Conselho Nacional de Cooperativismo - CNC contará com uma Secretaria Executiva que se incumbirá de seus encargos administrativos, podendo seu Secretário Executivo requisitar funcionários de qualquer órgão da Administração Pública.

§ 1º O Secretário Executivo do Conselho Nacional de Cooperativismo será o Diretor do Departamento de Desenvolvimento Rural do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA, devendo o Departamento referido incumbir-se dos encargos administrativos do Conselho Nacional de Cooperativismo.

§ 2º Para os impedimentos eventuais do Secretário Executivo, este indicará à apreciação do Conselho seu substituto.

Art. 99. Compete ao Presidente do Conselho Nacional de Cooperativismo:

I - presidir as reuniões;

II - convocar as reuniões extraordinárias;

III - proferir o voto de qualidade.

Art. 100. Compete à Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Cooperativismo:

I - dar execução às resoluções do Conselho;

II - comunicar as decisões do Conselho ao respectivo órgão executivo federal;

III - manter relações com os órgãos executivos federais, bem assim com quaisquer outros órgãos públicos ou privados, nacionais ou estrangeiros, que possam influir no aperfeiçoamento do cooperativismo;

IV - transmitir aos órgãos executivos federais e entidade superior do movimento cooperativista nacional todas as informações relacionadas com a doutrina e práticas

cooperativistas de seu interesse;

V - organizar e manter atualizado o cadastro geral das cooperativas nacionais e expedir as respectivas certidões;

VI - apresentar ao Conselho, em tempo hábil, a proposta orçamentária do órgão, bem como o relatório anual de suas atividades;

VII - providenciar todos os meios que assegurem o regular funcionamento do Conselho;

VIII - executar quaisquer outras atividades necessárias ao pleno exercício das atribuições do Conselho.

Art. 101. O Ministério da Agricultura incluirá, em sua proposta orçamentária anual, os recursos financeiros solicitados pelo Conselho Nacional de Cooperativismo - CNC, para custear seu funcionamento.

Parágrafo único. As contas do Conselho Nacional de Cooperativismo - CNC, serão prestadas por intermédio do Ministério da Agricultura, observada a legislação específica que regula a matéria.

Art. 102. Fica mantido, junto ao Banco Nacional de Crédito Cooperativo S/A., o "Fundo Nacional de Cooperativismo", criado pelo Decreto-Lei n. 59, de 21 de novembro de 1966, destinado a prover recursos de apoio ao movimento cooperativista nacional.

§ 1º O Fundo de que trata este artigo será, suprido por:

I - dotação incluída no orçamento do Ministério da Agricultura para o fim específico de incentivos às atividades cooperativas;

II - juros e amortizações dos financiamentos realizados com seus recursos;

III - doações, legados e outras rendas eventuais;

IV - dotações consignadas pelo Fundo Federal Agropecuário e pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA.

§ 2º Os recursos do Fundo, deduzido o necessário ao custeio de sua administração, serão aplicados pelo Banco Nacional de Crédito Cooperativo S/A., obrigatoriamente, em financiamento de atividades que interessem de maneira relevante o abastecimento das populações, a critério do Conselho Nacional de Cooperativismo.

§ 3º O Conselho Nacional de Cooperativismo poderá, por conta do Fundo, autorizar a concessão de estímulos ou auxílios para execução de atividades que, pela sua relevância sócio-econômica, concorram para o desenvolvimento do sistema cooperativista nacional.

CAPÍTULO XV

Dos Órgãos Governamentais

Art. 103. As cooperativas permanecerão subordinadas, na parte normativa, ao Conselho

Nacional de Cooperativismo, com exceção das de crédito, das seções de crédito das agrícolas mistas e das de habitação, cujas normas continuarão a ser baixadas pelo Conselho Monetário Nacional, relativamente às duas primeiras, e Banco Nacional de Habitação, com relação à última, observado o disposto no artigo 92 desta Lei.

Parágrafo único. Os órgãos executivos federais, visando à execução descentralizada de seus serviços, poderão delegar sua competência, total ou parcialmente, a órgãos e entidades da administração estadual e municipal, bem como, excepcionalmente, a outros órgãos e entidades da administração federal.

Art. 104. Os órgãos executivos federais comunicarão todas as alterações havidas nas cooperativas sob a sua jurisdição ao Conselho Nacional de Cooperativismo, para fins de atualização do cadastro geral das cooperativas nacionais.

CAPÍTULO XVI

Da Representação do Sistema Cooperativista

Art. 105. A representação do sistema cooperativista nacional cabe à Organização das Cooperativas Brasileiras - OCB, sociedade civil, com sede na Capital Federal, órgão técnico-consultivo do Governo, estruturada nos termos desta Lei, sem finalidade lucrativa, competindo-lhe precipuamente:

- a) manter neutralidade política e indiscriminação racial, religiosa e social;
- b) integrar todos os ramos das atividades cooperativistas;
- c) manter registro de todas as sociedades cooperativas que, para todos os efeitos, integram a Organização das Cooperativas Brasileiras - OCB;
- d) manter serviços de assistência geral ao sistema cooperativista, seja quanto à estrutura social, seja quanto aos métodos operacionais e orientação jurídica, mediante pareceres e recomendações, sujeitas, quando for o caso, à aprovação do Conselho Nacional de Cooperativismo - CNC;
- e) denunciar ao Conselho Nacional de Cooperativismo práticas nocivas ao desenvolvimento cooperativista;
- f) opinar nos processos que lhe sejam encaminhados pelo Conselho Nacional de Cooperativismo;
- g) dispor de setores consultivos especializados, de acordo com os ramos de cooperativismo;
- h) fixar a política da organização com base nas proposições emanadas de seus órgãos técnicos;
- i) exercer outras atividades inerentes à sua condição de órgão de representação e defesa do sistema cooperativista;
- j) manter relações de integração com as entidades congêneres do exterior e suas cooperativas.

§ 1º A Organização das Cooperativas Brasileiras - OCB, será constituída de entidades, uma para cada Estado, Território e Distrito Federal, criadas com as mesmas características da organização nacional.

§ 2º As Assembléias Gerais do órgão central serão formadas pelos Representantes credenciados das filiadas, 1 (um) por entidade, admitindo-se proporcionalidade de voto.

§ 3º A proporcionalidade de voto, estabelecida no parágrafo anterior, ficará a critério da OCB, baseando-se no número de associados - pessoas físicas e as exceções previstas nesta Lei - que compõem o quadro das cooperativas filiadas.

§ 4º A composição da Diretoria da Organização das Cooperativas Brasileiras - OCB será estabelecida em seus estatutos sociais.

§ 5º Para o exercício de cargos de Diretoria e Conselho Fiscal, as eleições se processarão por escrutínio secreto, permitida a reeleição para mais um mandato consecutivo.

Art. 106. A atual Organização das Cooperativas Brasileiras e as suas filiadas ficam investidas das atribuições e prerrogativas conferidas nesta Lei, devendo, no prazo de 1 (um) ano, promover a adaptação de seus estatutos e a transferência da sede nacional.

Art. 107. As cooperativas são obrigadas, para seu funcionamento, a registrar-se na Organização das Cooperativas Brasileiras ou na entidade estadual, se houver, mediante apresentação dos estatutos sociais e suas alterações posteriores.

Parágrafo único. Por ocasião do registro, a cooperativa pagará 10% (dez por cento) do maior salário mínimo vigente, se a soma do respectivo capital integralizado e fundos não exceder de 250 (duzentos e cinquenta) salários mínimos, e 50% (cinquenta por cento) se aquele montante for superior.

Art. 108. Fica instituída, além do pagamento previsto no parágrafo único do artigo anterior, a Contribuição Cooperativista, que será recolhida anualmente pela cooperativa após o encerramento de seu exercício social, a favor da Organização das Cooperativas Brasileiras de que trata o artigo 105 desta Lei.

§ 1º A Contribuição Cooperativista constituir-se-á de importância correspondente a 0,2% (dois décimos por cento) do valor do capital integralizado e fundos da sociedade cooperativa, no exercício social do ano anterior, sendo o respectivo montante distribuído, por metade, a suas filiadas, quando constituídas.

§ 2º No caso das cooperativas centrais ou federações, a Contribuição de que trata o parágrafo anterior será calculada sobre os fundos e reservas existentes.

§ 3º A Organização das Cooperativas Brasileiras poderá estabelecer um teto à Contribuição Cooperativista, com base em estudos elaborados pelo seu corpo técnico.

CAPÍTULO XVII

Dos Estímulos Creditícios

Art. 109. Caberá ao Banco Nacional de Crédito Cooperativo S/A., estimular e apoiar as cooperativas, mediante concessão de financiamentos necessários ao seu desenvolvimento.

§ 1º Poderá o Banco Nacional de Crédito Cooperativo S/A., receber depósitos das cooperativas de crédito e das seções de crédito das cooperativas agrícolas mistas.

§ 2º Poderá o Banco Nacional de Crédito Cooperativo S/A., operar com pessoas físicas ou jurídicas, estranhas ao quadro social cooperativo, desde que haja benefício para as cooperativas e estas figurem na operação bancária.

§ 3º O Banco Nacional de Crédito Cooperativo S/A., manterá linhas de crédito específicas para as cooperativas, de acordo com o objeto e a natureza de suas atividades, a juros módicos e prazos adequados inclusive com sistema de garantias ajustado às peculiaridades das cooperativas a que se destinam.

§ 4º O Banco Nacional de Crédito Cooperativo S/A., manterá linha especial de crédito para financiamento de quotas-partes de capital.

Art. 110. Fica extinta a contribuição de que trata o artigo 13 do Decreto-Lei n. 60, de 21 de novembro de 1966, com a redação dada pelo Decreto-Lei n. 668, de 3 de julho de 1969.

CAPÍTULO XVIII

Das Disposições Gerais e Transitórias

Art. 111. Serão considerados como renda tributável os resultados positivos obtidos pelas cooperativas nas operações de que tratam os artigos 85, 86 e 88 desta Lei.

Art. 112. O Balanço Geral e o Relatório do exercício social que as cooperativas deverão encaminhar anualmente aos órgãos de controle serão acompanhados, a juízo destes, de parecer emitido por um serviço independente de auditoria credenciado pela Organização das Cooperativas Brasileiras.

Parágrafo único. Em casos especiais, tendo em vista a sede da Cooperativa, o volume de suas operações e outras circunstâncias dignas de consideração, a exigência da apresentação do parecer pode ser dispensada.

Art. 113. Atendidas as deduções determinadas pela legislação específica, às sociedades cooperativas ficará assegurada primeira prioridade para o recebimento de seus créditos de pessoas jurídicas que efetuem descontos na folha de pagamento de seus empregados, associados de cooperativas.

Art. 114. Fica estabelecido o prazo de 36 (trinta e seis) meses para que as cooperativas atualmente registradas nos órgãos competentes reformulem os seus estatutos, no que for cabível, adaptando-os ao disposto na presente Lei.

Art. 115. As Cooperativas dos Estados, Territórios ou do Distrito Federal, enquanto não constituírem seus órgãos de representação, serão convocadas às Assembléias da OCB, como vogais, com 60 (sessenta) dias de antecedência, mediante editais publicados 3 (três) vezes em jornal de grande circulação local.

Art. 116. A presente Lei não altera o disposto nos sistemas próprios instituídos para as cooperativas de habitação e cooperativas de crédito, aplicando-se ainda, no que couber, o regime instituído para essas últimas às seções de crédito das agrícolas mistas.

Art. 117. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário e especificamente o Decreto-Lei n. 59, de 21 de novembro de 1966, bem como o Decreto n. 60.597, de 19 de abril de 1967.

Brasília, 16 de dezembro de 1971; 150º da Independência e 83º da República.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)