

Fatores Críticos de Sucesso no *start-up* das Operadoras de Planos de Saúde

Heitor M. Quintella, DSc

Professor Universitário

Certified Management Consultant

Alice Selles

Diretora Selles Henning

Paula Colombareti

Mestranda UFF

Resumo:

Este trabalho apresenta o resultado de estudo conduzido pelos pesquisadores acerca dos fatores críticos de sucesso no *start-up* das operadoras de planos de saúde. Para sua elaboração foi realizada pesquisa junto a executivos de operadoras, prestadores de serviços e clientes, na cidade do Rio de Janeiro. A partir dos prognósticos apontados do Porter para a análise do ciclo de vida de produtos, foram testadas quatro hipóteses. O estudo apontou que: a) o mercado é caracterizado por clara segregação de papéis no processo de compra, e que tal segregação multiplica os tipos de clientes com expectativas diferenciadas e que tal fator promove grande inércia nos consumidores; b) as muitas variantes existentes entre tipos de operadoras e planos de saúde oferecidos reduz a capacidade do usuário de perceber qualidade e conseguir fazer diferenciação entre eles; c) as operadoras concentram seus investimentos em marketing na cópia de vantagens competitivas implementadas pela concorrência; d) a obrigatoriedade de cobertura determinada pela nova legislação torna o risco financeiro das operadoras maior.

No desenvolvimento do trabalho foi possível perceber que alguns dos resultados encontrados requerem estudos mais aprofundados e ainda que outros podem ser desenvolvidos em novos estudos, de modo que a validade dos resultados encontrados possa ser analisada em outros mercados.

Palavras-chave: Ciclo de vida, FCS de *start-up*, análise competitiva, administração de operadoras de planos de saúde, mercado de medicina suplementar

1. Introdução

Segundo a Constituição brasileira a saúde é um dever do Estado e um direito de todos os cidadãos. Entretanto, anos de baixos investimentos no setor fizeram com que grande parcela da população acreditasse cada vez menos nesta garantia constitucional. Na década de sessenta surgiram as primeiras iniciativas privadas de medicina de grupo, os planos de saúde. Seu surgimento está associado à vinda para o Brasil de grandes empresas internacionais, montadoras de automóveis que se instalaram no ABC paulista. Com idéias mais avançadas sobre a importância do acesso à saúde como garantia da produtividade dos funcionários, perceberam a insuficiência da saúde pública e buscaram outros meios de propiciar atendimento médico a seus empregados e familiares, através do estabelecimento de convênios com clínicas e hospitais locais.

O mercado de medicina suplementar pode ser descrito assim: as operadoras de planos de saúde compram, do setor saúde (consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais) serviços como: consultas, cirurgias e uma série de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, que são oferecidos a uma carteira de clientes, que pagam mensalmente por tais serviços e mantém contratos diferenciados em função de idade, rede credenciada e modalidade de contrato – individual ou coletivo.

Durante as décadas de 70 e 80 viu-se esse mercado crescer e transformar-se: os graves problemas econômicos e administrativos enfrentados pelo sistema público de saúde levaram uma parcela crescente da população a buscar na principal comodidade oferecida pelos planos de saúde - a possibilidade de previsão orçamentária para os gastos com a saúde - a solução para seus problemas. Por outro lado, a classe médica viu nesses intermediários um grande impulso para o crescimento de sua clientela sem a necessidade de nenhum esforço: o credenciamento os colocava no sistema, e bastava esperar pelos pacientes oriundos dos planos. Para o setor hospitalar havia ainda mais um motivo para considerar o crescimento dos planos de saúde como uma excelente oportunidade: os altos custos da medicina – gerados pela contínua penetração tecnológica no setor – inviabilizavam cada vez mais

o atendimento particular¹. Assim, nas décadas de 70 e 80 era comum ver planos de saúde aproximando-se dos médicos e clínicas, buscando seu credenciamento, e através dele convencer a uma clientela acostumada ao médico particular, na própria essência do termo “médico de família”, a se associar a um plano de saúde, com a manutenção do atendimento com o profissional de sua confiança. Da segunda metade da década de oitenta até o final da década de noventa o número total de usuários de planos e seguros-saúde passou de 32 milhões para cerca de 41,3 milhões.

O crescimento deste setor representou uma profunda alteração na forma de percepção da população quanto aos serviços médicos: abriu-se a perspectiva de acesso a especialistas e a formas cada vez mais sofisticadas de diagnóstico. Com o passar do tempo, o aumento da concorrência e a pressão por faturamento foram revertendo esse quadro: o potencial de acesso foi acompanhado de um crescente volume de reclamações por negativa de atendimentos, exclusões e redução da rede credenciada.

A classe médica também percebeu que o aumento da clientela veio acompanhado por uma forte pressão por redução de honorários e valores pagos por exames, glosas (negação de pagamento a procedimentos já realizados) e atrasos nos pagamentos das faturas. Para administrar toda a burocracia oriunda dos diferentes sistemas de faturamento adotados por cada plano, os médicos viram inchar suas folhas de pagamento e o tempo empregado na administração do consultório, crescer. O setor hospitalar se viu ainda envolvido com a utilização de duas ou três tabelas de preços (para pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, conveniados e particulares).

Os Estados Unidos é o modelo mais evidente de sistema de saúde majoritariamente centrado nos seguros privados (56%) (Almeida, 1998:32). Analisando o cenário encontrado lá, podemos perceber uma preocupação crescente com questões relativas ao gerenciamento de custos, ampliação do acesso e minimização dos riscos financeiros. Mesmo diante do excesso de capacidade os preços mantêm-se em elevação. Por outro lado, o sistema socializado adotado pela França representa uma ameaça ao equilíbrio orçamentário daquele País (Almeida, 1998).

A existência no sistema de saúde de muitos tipos de clientes: os empregadores, que pagam a cobertura de assistência médica de seus funcionários; os empregados, que recebem esta assistência; os provedores (hospitais e clínicas) e os médicos - gera um natural conflito de interesses: o empregador quer pagar o menor preço possível e proporcionar atendimento suficiente para cumprir o acordado com os funcionários; as operadoras de planos querem gastar menos com a assistência médica do que recebem dos associados; os pacientes querem desfrutar do melhor atendimento, independentes de seus custos e os médicos querem utilizar toda a tecnologia disponível para cercarem seus diagnósticos com a maior confiabilidade possível (Porter, 1999).

O setor de medicina suplementar no Brasil representa grandes números: milhares de empregos diretos e indiretos (137 mil empregos diretos e 240 mil empregos indiretos no ano de 1992, segundo a FENASEG), crescimento do montante em benefícios recebido por milhares de funcionários² e valorização da saúde dos empregados como força produtiva, sem falar no volume de impostos arrecadados (a receita total do sistema privado de saúde foi estimada em 1997 em R\$ 19,1 bilhões, frente a despesas da ordem de R\$ 15,2 bilhões³). Mas quando se imaginou que após quarenta anos e o atravessamento de fases como a introdução e o crescimento vertiginoso observado na década de oitenta, o setor se encaminhava para a maturidade, um antigo clamor – a regulamentação do setor (lei 9656/98) – foi concretizado, trazendo mudanças profundas em toda a sua dinâmica.

2. Referencial Teórico

Este estudo foi desenvolvido a partir dos prognósticos apontado por Porter (1985) para avaliação do ciclo de vida de produtos e integra o Projeto Fatores Humanos e Tecnológicos do Desenvolvimento Empresarial (Quintella, 1997a). Através desse modelo, Porter busca explicar como é possível a formulação estratégica a partir da relação estabelecida na competição, manifestada não apenas através dos concorrentes, mas de todas as forças competitivas, caracterizadas pelos participantes do processo como um todo: fornecedores, clientes, concorrentes, substitutos e entrantes.

Com base no modelo de Porter, é possível considerar que a formulação de uma estratégia deva ser baseada na avaliação do meio-ambiente no qual a empresa está inserida. Para isso é importante avaliar o poder relativo de cada um dos participantes. No setor em estudo neste trabalho, podemos considerar as seguintes observações:

Entrantes: Novas empresas em um setor trazem grande volume de investimentos, objetivando conquista de participação no mercado. Porter (1985) aponta seis grandes barreiras à entrada de novos competidores: economia de escala (representada no setor pela manutenção de redes próprias para atendimento, uma estratégia difícil para os entrantes, que habitualmente trabalham apenas com redes credenciadas, em função do custo de montagem de unidades hospitalares), diferenciação de produto (pouco expressiva em função da determinação legal de cinco modelos de planos de saúde, assume importância exclusivamente em função da rede credenciada), necessidades de capital (a legislação determina a cobertura de procedimentos complexos e uma reserva técnica de capital que impedem o estabelecimento de pequenos investidores e, ainda, a manutenção dos menores competidores no mercado),

¹ É chamado de atendimento particular aquele em que o paciente utiliza somente recursos próprios para pagamento dos gastos com sua saúde.

² Segundo o IBGE (Acesso e utilização de serviços de saúde – IBGE, 2000), cerca de 60% dos planos de saúde no País contam com financiamento integral (13,2%) ou parcial (46%) do empregador.

³ Dados extraídos da revista Conjuntura Econômica, edição especial sobre Mercado de Seguros, Capitalização e Previdência Privada, de maio de 1998.

desvantagens de custo independentes do porte (conhecimento e relacionamentos firmados com prestadores de serviços), acesso a canais de distribuição (o que não representa dificuldade, já que escritórios de corretagem de seguros trabalham com diversas empresas) e política governamental (a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar regulamenta o setor e detém o poder de conceder registro para operação).

Fornecedores: Os fornecedores podem exercer uma forte influência em um setor, se forem capazes de definir preços ou alterar a qualidade percebida pelos compradores. No setor de Medicina Suplementar, o relacionamento entre os fornecedores - serviços médicos, em geral - e os concorrentes está baseado em uma relação de contrato, chamada de credenciamento. O poder dos fornecedores está relacionado a fatores como número e concentração (prestadores de serviços fragmentados, com negociações individuais, que caracterizam a medicina suplementar, não conseguem impor condições às operadoras) peculiaridade dos serviços oferecidos (grandes serviços médicos, que trabalham com especialidades de alta tecnologia ou complexidade têm maior poder de negociação que os serviços ou especialidades não diferenciadas), competição (a falta de outras oportunidades de acesso ao mercado de trabalho e ainda o grande número de profissionais lançados no mercado a cada ano, torna a competição extremamente acirrada), ameaça de integração (cooperativas e associações elaboradas para obter negociações coletivas) e representatividade do setor (efetivamente, o que os planos de saúde comercializam é o acesso aos serviços de saúde).

Clientes: A força deste grupo é descrita por Porter (1999) como o poder de forçar a queda dos preços, pela demanda por maior qualidade ou melhores serviços e pela potencialidade de acirrar a rivalidade entre os competidores. Sua força se expressa através de concentração e volume (clientes corporativos representam poder muito maior do que os clientes individuais), padronização (os planos de saúde foram enquadrados em cinco tipos, o que permite fácil substituição por serviços de igual valor percebido), relevância do produto (a descrença na eficiência dos serviços públicos faz com que os consumidores atribuam maior importância à manutenção de um plano de saúde), lucratividade (os clientes têm interesse claro na redução dos gastos com a manutenção dos planos de saúde) e ameaça de integração (as grandes empresas podem estabelecer planos de saúde próprios, de auto-gestão).

Substitutos: O poder de ameaça dos substitutos é considerado por Porter (1999) como bastante relevante. Segundo o autor, os substitutos podem forçar não somente a limitação dos lucros, como também comprometer a prosperidade de todo o setor. No setor de medicina suplementar, os substitutos são representados pelos serviços públicos (no âmbito do SUS e dos serviços estaduais e municipais de saúde), pelas tecnologias que permitem auto-atendimento e pela medicina alternativa.

Concorrentes: O grau de rivalidade entre concorrentes está relacionado a diversos fatores, e pode assumir a forma de competição de preços, lançamento de produtos ou golpes de publicidade. A concorrência entre os competidores pode ser alterada em função de aspectos como o número e poder dos concorrentes (o grande número de operadoras no mercado faz com que nenhuma delas sustente posição de liderança inquestionável), crescimento do setor (nas décadas de 70 e 80 o setor apresentou crescimento superior à economia nacional e espera-se uma nova onda de crescimento a partir da regulamentação, com ampliação do acesso a pessoas de menor poder aquisitivo), diferenciação do produto (como os planos são basicamente iguais em suas garantias e acessos, as operadoras utilizam a “carência” como um mecanismo para desestimular a troca de operadora pelos clientes), divergência entre os rivais (o mercado de medicina suplementar é composto por empresas com gêneros, naturezas e objetivos diversos).

Segundo Porter, o processo evolutivo das empresas, apesar de suas diferenças estruturais, segue alguns processos dinâmicos e previsíveis. No setor de medicina suplementar os processos evolutivos que podem ser considerados como mais relevantes são:

Acúmulo de Experiência: como alguns dos participantes do processo estão no mercado há 40 anos, já desenvolveram um conhecimento que lhes permite posicionar-se frente aos clientes, competidores e fornecedores de uma forma diferenciada, mesmo diante destas alterações impostas pela regulamentação do setor;

Expansão na escala: a estabilidade econômica, o crescente número de empresas utilizando benefícios como parte da remuneração de seus empregados e ainda as modalidades de planos previstas na lei, sugerem uma forte tendência a ampliação do número de usuários;

Mudança na política governamental: a criação de uma agência nacional para regulamentação e fiscalização do setor sugere uma nova prática e altera de maneira intensa um mercado que até a data se auto-regulava;

Entradas e saídas: O mercado, outrora fechado às multinacionais, está aberto à recepção de novos concorrentes. Tal fato alterará a dinâmica do setor, já que os novos competidores trarão suas experiências em mercados mais competitivos.

O modelo do ciclo de vida do produto foi utilizado por Porter (1986) como forma de analisar o desenvolvimento de uma indústria e determinar os prognósticos de sucesso em cada etapa de seu ciclo.

Para Porter, as indústrias atravessam várias fases ou estágios, que são definidos por pontos de modulação no índice de crescimento das vendas. Estes estágios são: introdução, crescimento, maturidade e declínio. A fase introdutória inicial reflete a dificuldade de estimular a experimentação. A partir daí alcança-se a aceitação dos consumidores e crescimento rápido, que tenderá a um nivelamento. O surgimento de substitutos ou crescimento dos concorrentes fará com que o desempenho decresça naturalmente.

O modelo do ciclo de vida de produtos estudado por Porter (1986) pode ser entendido como um orientador estratégico desenvolvido para produtos, de possível de aplicação à vida das empresas⁴. Considerando a dificuldade de identificação de cada fase, os autores estabeleceram prognósticos. Para o desenvolvimento deste trabalho foram selecionados os seguintes prognósticos:

- inércia do comprador;
- muitas variações diferentes do produto;

⁴ O autor adverte que há controvérsias sobre a aplicação do método neste sentido.

- altos custos de marketing;
- lucros baixos.

3. Metodologia

Para o desenvolvimento deste trabalho, foram elaboradas pesquisas de campo, bibliográficas e documentais, conduzidas através do método hipotético-dedutivo, de Karl Popper. A escolha desta metodologia baseou-se em três fatores:

- natureza do fenômeno investigado: para investigar os FCS no *start-up* das operadoras de planos de saúde, foram utilizados os prognósticos da referida fase do ciclo de vida dos produtos apontados por Porter (1986, p.245) como válidos genericamente para todas as indústrias.
- objetivo da pesquisa: as premissas adotadas tiveram sua validade testada através dos instrumentos e pelo levantamento de dados. Foram adotadas as seguintes premissas:
 - Os fatores críticos de sucesso são um instrumento empírico válido para o planejamento estratégico empresarial.
 - O modelo do ciclo de vida do produto é aplicável às empresas.
 - Os prognósticos para o ciclo de vida do produto (Porter), sendo postulados gerais para produtos e indústrias, são aplicáveis às operadoras de planos de saúde.
 - Os Fatores Críticos do Sucesso apontados por Rockart são os mesmos apresentados por Porter. O modelo para identificação dos FCS utiliza os conceitos do SWOT⁵ e a análise das barreiras e barganhas de Porter⁶.
- recursos disponíveis: as generalizações foram empregadas por se tratar de um campo com base bibliográfica ainda restrita e pela dificuldade de se relacionar em um campo como esse o trabalho a outro método de pesquisa. O universo para esta pesquisa foi determinado como sendo formado por três grupos distintos:
 - a) executivos das principais operadoras de planos de saúde, com atividades no Rio de Janeiro;
 - b) clientes individuais e corporativos de planos de saúde;
 - c) prestadores de serviços médicos, credenciados aos planos.

A taxionomia de Cooper e Schindler para amostras não probabilísticas (1999), permite classificar as amostras adotadas neste trabalho como sendo de conveniência. Tal opção surge da necessidade e importância de ouvir como respondentes executivos de operadoras com grande *market share* na região geográfica em estudo (Rio de Janeiro) e representativas de diferentes modalidades de operadoras (empresas de medicina de grupo, seguradoras, empresas de auto-gestão e cooperativas). Na amostra de clientes foi utilizado critério semelhante, enquanto a de prestadores de serviços buscou identificar profissionais com atuação principal em consultórios e clínicas, para os quais o percentual de pacientes oriundos de convênios é significativo. Dificuldades quanto ao contato e obtenção de acesso, além do tempo de realização da coleta de dados, também tiveram influência na determinação da amostra.

O perfil das amostras utilizadas pode ser assim definido:

- a) 20 operadoras de planos de saúde, sendo 8 empresas de medicina de grupo, 4 seguradoras, 7 planos de auto-gestão e 1 cooperativa médica.
- b) 100 prestadores de serviços, sendo 64 pessoas físicas e 36 clínicas e serviços
- c) 100 usuários de planos, sendo 81 de planos empresariais e 19 de planos individuais.

As condicionantes empregadas como filtro, foram assim estabelecidas:

- a) os profissionais que, exercem funções diretamente relacionadas ao planejamento estratégico das operadoras;
- b) a diversidade de porte e ramos de atividades dos clientes corporativos;
- c) os prestadores de serviços para os quais o faturamento oriundo de convênios representa grande parcela do faturamento total; e
- d) as empresas que detêm parcelas significativas de seus respectivos mercados podem indicar as tendências de seu setor.

Conclusão

A análise dos dados coletados forneceu respostas às questões-chave e permitiu que este estudo fosse concluído com observações significativas sobre o setor de medicina suplementar em nosso país:

⁵ A análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats), ou análise PFOA (Potencialidades, Fragilidades, Oportunidades e Ameaças), de Rockart, identifica potencialidades e fragilidades no produto, no serviço e na empresa e oportunidades e ameaças no ambiente no qual a empresa está inserida. Rockart baseou seu trabalho na coleta empírica e análise de informações realizadas pelos executivos das empresas.

⁶ Porter considera que para estabelecer uma vantagem competitiva sustentável faz-se necessário identificar quais são as possíveis barreiras de entrada, capazes de frear o acesso de novos competidores e que tipos de relacionamentos podem ser estabelecidos com fornecedores e compradores, de modo que possam ser desenvolvidas barganhas favoráveis para o competidor.

Hipótese I – *A inércia é um traço do comportamento dos compradores.*

Buscamos identificar os interesses de cada grupo de clientes para perceber se há um conflito entre tais interesses que indique indefinição quanto às expectativas sobre os competidores. Dentro dos critérios determinados para aceitação das hipóteses, percebemos que para os clientes o principal motivo para adquirir um plano de saúde é a falta de recursos da rede pública, apontada por 85% dos entrevistados. As operadoras percebem como o atributo mais valorizado pelos usuários na escolha de um plano o preço, que seria fator importante para 100% dos clientes. Seus executivos acreditam que o volume e o prazo de recebimento são os principais pontos para os prestadores de serviços (48% de indicação em cada item). O valor pago pelos procedimentos, que recebeu menor indicação das operadoras entre os atributos valorizados pelos planos foi, na verdade, aquele mais apontado pelos prestadores, recebendo indicação de 97% dos entrevistados. Diante destes dados é possível afirmar que não somente os interesses são distintos, como também há distorção na visão que os competidores têm sobre os interesses dos participantes do processo.

O segundo aspecto que se buscou perceber foi o potencial da Lei 9656/98 de atendimento aos anseios dos envolvidos no processo, pois se não contempla as expectativas ou anseios de cada grupo, é provável que os menos atendidos se sintam excluídos, gerando maior potencial de conflito ou inércia. Apenas 19% dos prestadores de serviços e 12% dos clientes consideram algum potencial de mudança em virtude da alteração na legislação. Isto traduz grande indiferença sobre o tema. Entre as operadoras, apenas 38% dos entrevistados manifestaram-se sobre a falta de adequação da lei a todas as nuances do mercado.

A busca por soluções que estejam sendo adotadas para atender aos interesses de cada grupo consumidor nos conduziu à necessidade de perceber diferenças nos interesses de clientes individuais e corporativos e quais os fatores que cada modalidade da clientela considera no processo de decisão de compra. Os resultados obtidos revelam que as operadoras percebem nos clientes corporativos um interesse maior pela rede do que nos clientes individuais. Revela também que os processos de decisão de compra são bem diferentes, pois nos clientes individuais a indicação de terceiros é muito considerada e a cobertura assume uma importância muito menor do que para os clientes corporativos. Considerando-se que o preço praticado pelas operadoras para os clientes individuais é maior e que a rede não é maior para os clientes corporativos, podemos afirmar que nada tem sido feito para contemplar essa diferença de interesses.

A seguir buscamos identificar os potenciais conflitos gerados pela diferença de interesses entre os clientes, pois se cada um dos envolvidos no processo (competidores, empregadores, empregados, clientes individuais e prestadores de serviços) tem expectativas diferentes, há um conflito potencial que poderá interferir tanto na prestação de serviços quanto na percepção do mesmo⁷. Os resultados obtidos junto aos prestadores de serviços apontam para a identificação de satisfação em 69% dos clientes. Estes, também percebem os prestadores de serviços como satisfeitos ou razoavelmente satisfeitos, conceituando a postura das operadoras entre ética e razoavelmente ética. Até aqui não há, portanto, percepção de conflito. Entretanto as operadoras indicam como maior ameaça sofrida a insatisfação dos consumidores e da rede credenciada. Isto significa que as mesmas são capazes de identificar pontos em seus relacionamentos com clientes e com prestadores de serviços que poderiam receber tratamento diferenciado. Se não o fazem, talvez seja pela percepção da inércia de ambos. As respostas obtidas junto às operadoras sobre o grau de relevância da administração na medicina suplementar mostraram que o gerenciamento da rede e o controle sobre a prática médica são considerados os melhores mecanismos de redução de conflitos, apesar destes mecanismos estabelecerem maior potencial de conflito com prestadores de serviços, que sentem sua prática profissional aviltada pelo controle burocrático dos planos.

Embora as operadoras de planos de saúde façam parte do cenário da medicina suplementar há quatro décadas, a formação médica não prepara os profissionais para a relação com tais intermediários. Os conflitos entre prestadores de serviços e operadoras interfere na qualidade percebida pelos clientes. 40% dos prestadores de serviços ouvidos consideram que a ação das operadoras interfere na prática médica. Entre os consumidores, 79% dos ouvidos afirmaram perceber interferência das operadoras na relação médico-paciente. Sobre este assunto, o relacionamento médico-paciente foi pouco apontado pelas operadoras como significativo no processo de decisão de compra pelos clientes. Ou seja, os parâmetros tradicionais, do médico de família como referência da saúde se perdem em meio aos interesses e preocupações muito difusas dos participantes do processo.

Assim, a hipótese de que a inércia é um traço do comportamento dos compradores foi validada: os participantes do setor de medicina suplementar apresentam interesses distintos, não contemplados pela legislação do setor – sobre a qual demonstraram pouca ou nenhuma informação. Não estão sendo buscadas soluções para potenciais conflitos, embora eles sejam percebidos e identificados pelas operadoras, e pelos prestadores de serviços. Os padrões tradicionais da prática médica são alterados sem que isso seja percebido pelos usuários como um problema das operadoras de planos de saúde, mas sim como baixa qualidade nos serviços médicos.

Hipótese II – *Produtos e mudanças no produto.* As muitas variantes existentes no produto reduzem a capacidade do usuário de perceber qualidade e diferenciação entre eles.

⁷ Segundo PORTER (1999, p. 434), aqueles que pagam esperam reduzir custos. Aqueles que recebem desejam ter seu trabalho reconhecido e valorizado, enquanto os usuários dos serviços desejam contar com o melhor atendimento.

Os resultados obtidos mostram novamente a inércia de prestadores de serviços e clientes, ao não se pronunciarem sobre a adequação dos planos oferecidos às suas necessidades. Já as operadoras apontaram o relacionamento estabelecido com o médico e o estilo de vida como relevantes aos consumidores. As respostas das operadoras e a existência de pelo menos cinco modalidades de planos previstos em lei e oferecidos no mercado por cada operadora, permite afirmar que apesar da formatação dos planos considerar as diferenças no estilo de vida dos consumidores, estas diferenças não são percebidas.

Os prestadores de serviços apontaram grande dificuldade de percepção das diferenças entre as diversas modalidades de empresas operadoras de planos de saúde (63% dos entrevistados). Entre os clientes, apenas 28% responderam à questão, confirmando a dificuldade de identificação. As operadoras afirmam que os consumidores têm dificuldade de identificar diferenças, sem que contudo se faça um trabalho de comunicação com este objetivo.

Sem percepção de qualidade ou diferenciação, a escolha do plano de saúde recaia sobre preço, o que induz a uma guerra neste aspecto entre os concorrentes.

O resultado da pesquisa demonstrou que as campanhas publicitárias não são capazes de auxiliar os clientes – e mesmo os prestadores de serviços – na percepção de diferenciação entre os planos, mantendo a situação de baixa identificação. As operadoras reconhecem a importância da mídia no processo, sendo o fato apontado por 67% dos entrevistados.

A hipótese de que as muitas variantes existentes no produto reduzem a capacidade do usuário de perceber qualidade e diferenciação entre eles foi validada. Percebe-se que, apesar do estilo de vida dos clientes ser considerado na formulação dos planos, isto não é percebido. Clientes e prestadores de serviços não conseguem realizar uma diferenciação básica entre as coberturas de cada plano nem tão pouco sobre as modalidades de operadoras no mercado. As diferenças nos critérios de decisão de compra acabam sendo baseadas em preços, havendo apenas uma distinção nos critérios de apoio à decisão: clientes individuais ouvem terceiros e clientes corporativos preocupam-se com a cobertura que será oferecida. A comunicação, importante ferramenta para identificação de diferenciais, não esclarece de maneira efetiva.

Hipótese III – *Marketing*

Investimentos de marketing são direcionados para a cópia de vantagens competitivas implementadas pela concorrência.

Se as forças competitivas estiverem sendo monitoradas, é possível que os competidores disponham de ferramentas para uma ação prévia diante da alteração de equilíbrio de forças. Os resultados obtidos mostram que as principais ameaças vividas no setor residem nos fornecedores, já que os prestadores de serviços consideram que a principal ameaça enfrentada pelas operadoras é a insatisfação da rede credenciada e nos clientes, que podem ter sua percepção alterada em função da insatisfação dos fornecedores, identificados como fundamentais no gerenciamento e administração da medicina suplementar.

É importante perceber que o mix de marketing está concentrado sobre as questões relacionadas ao preço, e à rede credenciada, ou seja, à formatação do serviço oferecido, apesar das altas cifras investidas em campanhas publicitárias e material de vendas.

Considerando que as operadoras de planos de saúde têm usado um processo de cópia de estratégias umas das outras, buscou-se estabelecer junto aos entrevistados se seria possível, através da mudança desta prática, estabelecer um novo posicionamento no setor. O que pode ser observado foi que a rede credenciada e o preço são apontados por prestadores de serviços e operadoras como as principais fontes de uma vantagem competitiva sustentável. Tal questão traz consigo alguns aspectos que precisam ser considerados: para manter preços competitivos uma operadora precisa pagar pouco e ter um excelente mecanismo de controle sobre os procedimentos executados. Esta prática se torna difícil de conciliar com a necessidade de garantir uma boa rede credenciada – o que significa ter prestadores de serviços renomados, ou pelo menos com boas estruturas de atendimento, e os mesmos não estão mais dispostos a trabalhar por valores aviltados.⁸

Hipótese IV – *Risco*

A obrigatoriedade de cobertura determinada pela nova legislação torna o risco financeiro das operadoras maior. Com isso, as pequenas empresas serão gradativamente expulsas do mercado.

A regulamentação do setor de medicina suplementar, realizada através da Lei 9656 de 98 e das medidas complementares que a seguiram, estabeleceu condições claras de aumento do risco financeiro para as operadoras, sem qualquer contrapartida. De forma resumida, é possível apontar os pontos mais críticos:

- Inclusão de procedimentos e doenças de alto risco na cobertura dos planos de referência;

⁸ A tabela de preços da AMB, usada como referência para o pagamento de procedimentos médicos pela grande maioria das operadoras é a de 96 – alguns até a de 92 – o que se reflete em pelo menos seis anos sem reajustes nos honorários dos credenciados.

- Engessamento dos planos, através da formatação de cinco tipos e da obrigatoriedade de cada operadora oferecer ao mercado TODOS estes tipos (o que, na prática, inviabiliza a existência dos pequenos planos oferecidos por hospitais e clínicas em bairros ou em pequenas cidades);
- Obrigatoriedade na manutenção de uma reserva de capital, para todos os tipos de operadoras;
- Impossibilidade de exclusão de usuários de alto risco.

É possível imaginar que, dentro do quadro atual, as pequenas operadoras não terão chance de sobrevivência. A exigência de reserva técnica – importante garantia para o consumidor, que outrora pagava seu plano de saúde durante vários anos e, de repente, quando se via diante da necessidade de utilização de seu plano para um procedimento médico mais complexo – e caro – descobria que os serviços credenciados se recusavam a fazer o atendimento alegando inadimplência da operadora, se transforma em uma barreira de entrada. Em 1995, antes da regulamentação do setor, o total de operadoras de planos de saúde no Brasil chegava a 1029⁹, e segundo a mesma fonte, o número de usuários chegava 41 milhões. A ANS contabilizava, em julho de 2002, 2.540 operadoras registradas e o IBGE, em sua pesquisa sobre acesso e utilização dos serviços de saúde, identificou 39 milhões de usuários. O bárbaro crescimento dos registros no setor e a chegada ao mercado nacional das grandes seguradoras americanas, aliados à queda no número de usuários (é importante lembrar que, segundo o IBGE a população brasileira cresce na proporção de 1,3% ao ano) reforça previsão de inviabilidade para os pequenos competidores.

⁹ Segundo levantamento apresentado por Célia Almeida (1997, p.18), onde a autora demonstra a divergência entre as informações disponíveis sobre o setor, já que como não havia uma agência de regulamentação, os dados se limitavam às informações apresentadas por cada modalidade de operadoras.

Bibliografia:

- ABRAMGE. *Informe de imprensa – dados e números da medicina de grupo*. Ago.1997.
- ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: 1998: Brasil – IBGE – Departamento de Emprego e Rendimento – Rio de Janeiro: IBGE, 2000
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/>>. Acesso em: 03 set. 2002.
- ALMEIDA, C. M. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil*. IPEA/PNDU. Rio de Janeiro, 1997.
- ANDREAZZI, M. F. S. *O seguro-saúde privado no Brasil*. – Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1991. Dissertação de mestrado.
- BAHIA, L. *Reestratificação das clientela para os serviços de saúde na década de 80: um estudo exploratório do caso AMIL*. – Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1991. Dissertação de mestrado.
- BAHIA, L. *Planos e seguros saúde no Brasil: um estudo sobre a cobertura e organização da oferta*. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1996. Projeto de tese de doutorado em Medicina Social.mimeo.
- CONJUNTURA ECONÔMICA. Edição especial Mercado de Seguros, Capitalização e Previdência Privada. São Paulo: maio 1998.
- CORDEIRO, H. *A As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984.
- DAVIS, G. Comments on the critical success factors method for obtaining management information requirements. Disponível em: <<http://ihome.ust.hk/~peffers/research/CSF/WISEabstract.html>>. Acesso em 03 jun. 2001.
- DURÇO, Camargo João A. *Fatores críticos de sucesso no start-up de empresas de pesquisa de mercado*. Dissertação (Mestrado em Administração e Desenvolvimento Empresarial) – UNESA, Rio de Janeiro, 2001.
- FREUNDT, Valéria Marinho. *Fatores críticos de sucesso em empreendimentos de franquia: um estudo do setor de vestuário*. Dissertação (Mestrado em Administração) – COPPEAD, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.
- GIBRAIL, Rebeca Pereira da Silva. *Fatores críticos de sucesso em franchising: um estudo consolidado dos ramos de fast-food, perfumaria e cosméticos e vestuário*. Dissertação(Mestrado em Administração) – COPPEAD, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.
- KOTLER, Philip. *Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle*. São Paulo : Atlas, 1998.
- MARCONI, Marina de Andrade, LAKATOS, Eva Maria. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados*. 4. ed. São Paulo : Atlas, 1999.
- MATT, Evans H. What are critical success factors? Disponível em: < http://www.exinfm.com/pdffiles/dba_pms.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2001.
- MÉDICI, A C. *A medicina de grupo no Brasil*. – Brasília: OPAS/Representação do Brasil, 1991. (Série Desenvolvimento de Políticas Públicas, n.1)
- MÉDICI, A C. *O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil*. – Rio de Janeiro: ENCE/IBGE. 1991a. (Relatórios Técnicos)
- MÉDICI, A C. *Incentivos governamentais ao setor privado em saúde no Brasil*. – Rio de Janeiro: ENCE/IBGE. 1991b. (Relatórios Técnicos)
- MONTGOMERY, Cynthia A. PORTER, Michael E. *Estratégia: a busca da Vantagem Competitiva*. Trad. Bazán Tecnologia e Lingüística. Rio de Janeiro: Campus, 1998
- POPPER, Karl S. *A lógica da pesquisa científica*. 2.ed. São Paulo: Cultrix, 1975.
- PORTER, Michael E. *Competição: estratégias competitivas essenciais*. Trad. Afonso Celso da Cunha Serra. Rio de Janeiro : Campus, 1999.
- _____. *Estratégia*. ExpoManagement 2001. H S M Management, São Paulo : Savana, nº 29, ano 5, p. 30, nov. dez. 2001.

- _____. *Estratégia competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência*. Trad. Elizabeth Maria de Pinho Braga. Rio de Janeiro : Campus, 1986.
- QUINTELLA, Heitor. *Manual de Psicologia Organizacional da Consultoria Vencedora*. Rio de Janeiro: Makron, 1993.
- _____. Um método de orientação de mestrados: relatório interno. Rio de Janeiro : UNESA/MADE, 2001.
- _____, TOLEDO, Ruben de. Critical success factors in franchise start-up: BR mania case. *Revista do Mestrado em Administração e Desenvolvimento Empresarial*. Rio de Janeiro : Universidade Estácio de Sá, ano 1, nº 2, 2001.
- ROCKART, F. John. Critical success factors. Disponível em: <http://web.mit.edu/cisr/www/html/rockart.html>>. Acesso em 03 jun. 2001.
- TEIXEIRA, Ib. *Panorama Setorial Gazeta Mercantil – Seguro Saúde*. São Paulo. Gazeta Mercantil, 1996.
- TOLEDO, Ruben. Fatores críticos de sucesso no start up de uma franquia: o caso BR mania. Dissertação (Mestrado em Administração) – MADE, Universidade Estácio de Sá, 2000.
- VIANA, M. L. D.; REIS, C. A. O. e BAHIA, L. *Regulamentação dos planos e seguros privados de saúde no Brasil*. Boletim da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, ano XV, abr. 1997
- VIANA, M. L. T. W. *Articulação de interesses, estratégias de bem-estar e políticas públicas: a americanização (perversa) da seguridade social no Brasil* – Rio de Janeiro: 1995. mineo. Tese de doutorado apresentada ao IUPERJ.
- VIANNA, Delma Quintanilha. Fatores críticos de sucesso no start up de redes de aprendizado no setor de petróleo. Dissertação (Mestrado em Administração) – MADE, Universidade Estácio de Sá, 2002.