

A experiência da UNIMED Franca

Ricardo de Oliveira Bessa

UNIMED, sediada em Franca, a 400 quilômetros de São Paulo, com 282 médicos cooperados, está assistindo a uma das maiores crises econômicas de que a história recente da cidade tem notícia: a crise do dólar. Isto porque essa moeda, para nós, nesses preços, significa crise para o mercado exportador de calçados, que é um dos principais mercados brasileiros.

Estamos vendo a nossa curva de clientes declinar nos últimos anos, porque eles não têm condições de bancar o preço da assistência médica. São demitidos das empresas e temos vivido uma crise sem precedentes na cidade: a invasão dos calçados chineses. As nossas empresas não estão preparadas para enfrentar dificuldades dessa natureza. E o que acontece nas empresas de calçados de Franca, de uma maneira geral, acontecia também na UNIMED local, que é uma cooperativa médica.

Há alguns anos, a Cooperativa ouviu falar de um gerente – do chamado *gerentão*. Mas ela não possuía o nível intermediário, capaz de entender a estratégia, colaborar para o seu desenvolvimento junto à alta Direção e que pudesse organizar o grupo que está abaixo de si.

Minha intenção é mostrar como estava a empresa que assumimos, qual a proposta nesse momento e uma série de ferramentas que foram utilizadas na gestão. Uma delas é uma variação do sistema de remuneração, coisa não muito diferente daquilo que se faz hoje na maioria das empresas.

Fomos os pioneiros em *meta referencial* e isso causava um sofrimento brutal. Porque era um gerador de conflitos mensais e de um terrível desgaste. Evoluímos e, ao menos, o modelo atual, além de tudo que foi construído, respalda a Diretoria, diminui os conflitos. Mas, estes ainda existem. Temos que avançar muito, com todas as dificuldades.

Temos um hospital próprio, com 124 leitos. O hospital é acreditado pela ONA. Existem, na região, cinco hospitais credenciados, inclusive a Santa Casa de Franca.

O universo de Franca é o de uma cidade de 320 000 habitantes. A grande massa da população é de trabalhadores das indústrias de calçados e seus componentes. Possuímos um plano próprio privado de Saúde, uma Medicina de Grupo própria da cidade – nosso concorrente, com aproximadamente 40 000 clientes. Chama-se Hospital Regional. Era uma dissidência da classe médica. Médico vive brigando a vida toda. Essa dissidência da Santa Casa deu origem a um hospital privado, com um bom padrão para a cidade

e, algum tempo depois, estruturou a Medicina de Grupo, que concorre com a UNIMED. A concorrência nunca foi na qualidade, mas sim nos preços. E brigamos por preços a vida toda, conseguindo baixá-lo muito. Ninguém ali ganhava dinheiro pelo trabalho que fazia.

Quando assumimos, as dívidas eram ligadas a obras e reformas. Eleições a cada dois anos, com os 282 cooperados votando em um modelo de chapa presidencialista, com sufrágio bianual.

Fazíamos oposição a um outro grupo político. Nossa oposição era por discussão de sistema de gestão. Não tínhamos problemas do ponto de vista moral, ou de honestidade, nada disso. Mas, brigávamos muito. Ganhávamos e perdíamos as eleições. A diferença era de onze votos; dois anos depois, de cinco votos. Quando um ganhava, o outro não deixava trabalhar. Íamos baixando progressivamente os preços e, em uma empresa que faturava R\$ 3,6 milhões por mês, quando assumimos, as dívidas eram muito grandes: cheque especial, *hot money*, CH (coeficiente de honorários) há cinco anos a 0,18.

O Hospital próprio veio de uma segunda Medicina de Grupo que, há cerca de quinze anos, resolveu fazer uma dissidência também, porque brigou e perdeu o poder. Mas era um grupo de médicos mais velhos, que tinham ganhado dinheiro com Medicina, com trabalho médico numa fase anterior a essa. Conseguiram ser um grupo de empresários, médicos empresários, com outros negócios e construíram o hospital.

Com 124 leitos, é um hospital de bom padrão, em uma área boa da cidade. Essa Medicina de Grupo, quando da regulamentação, contava com 12 000 clientes. O hospital era muito grande para eles. Trabalhavam com 30 leitos. Fomos por eles procurados e ajudamos a intermediar o negócio. Compramos esse hospital há oito anos e pagamos R\$ 12 milhões.

Ao assumirmos, em fevereiro de 2004, o cenário estava complicado, a tendência era quebrar, era a insolvência. Cooperativa não quebra, mas seria a insolvência, se continuássemos por aquele caminho.

Em função da alternância nos resultados eleitorais, estávamos na gestão, mas com grandes dificuldades até mesmo frente ao nosso próprio grupo. Eu era um dos diretores. Em um determinado momento, resolvi parar de brigar com o outro grupo. Abri mão de algumas coisas e fui conversar com eles, que eram meus colegas. Éramos adversários, mas nos encontrávamos socialmente, a cidade não é tão grande. Disse a eles: *Olha, eu sou o candidato natural do meu grupo...* Já havia aberto mão disso há dois anos, porque escolhemos um com menor

rejeição. *Precisamos ganhar a eleição.* Fiquei na retaguarda. Procurei o outro grupo dizendo: *Olha, não tem jeito mais. A última eleição foi por cinco votos, a gente conseguiu produzir muito pouco. Vamos tentar nos unir politicamente, definir algumas premissas básicas, fazer planejamento estratégico.* Eu já tinha aprendido isso, já tinha lido, convivía com algumas pessoas, fui diretor aqui da Associação Paulista de Medicina alguns anos, fui diretor da Associação Médica Brasileira nos mandatos do Dr. Eleuses Paiva.

Nossa intenção era a de fazer algumas coisas diferentes. Mas a grande vontade era introduzir as ferramentas de gestão e alguns modelos. Na UNIMED Franca não havia metas, indicadores, ou produtividade. Havia um saldo bancário. A administração se dava pelo saldo: dá para fazer, dá para pagar, dá para comprar.

Em um determinado momento, entendemos que havia a necessidade de tentar fazer uma coisa diferente. Conversamos com o outro grupo: *Vamos nos unir politicamente, vamos tentar criar cinco cargos de Diretoria Executiva e colocar algumas pessoas que entendam de gestão.* Fizemos as premissas – conseguimos construir isso –, fomos para uma eleição com chapa única, em fevereiro de 2004. Estou no último ano do segundo mandato como presidente.

Juntamos o grupo, contratamos uma consultoria e fomos para o planejamento. Fizemos o diagnóstico da organização, elaboramos toda a documentação do diagnóstico, das metas principais a serem atingidas. Levamos isso para uma assembléia e foi aprovado. Em fevereiro assumimos; em maio, isso estava aprovado em assembléia. Na cooperativa, convoca-se uma assembléia de 280 médicos. Normalmente comparecem 20%, mas é com esse grupo que você tem que debater e obter autorização para implementar mudanças. Chegamos a isso e conseguimos reverter a situação. Foi isso o chamou a atenção: uma virada muito rápida.

No primeiro ano, imaginávamos conseguir ter um resultado de R\$ 2 milhões e alguma coisa, e eu duvidava que aquilo fosse possível. E conseguimos isso muito rapidamente.

Alguns exemplos: redução de custo operacional, despesa administrativa. Fizemos uma negociação com o Unibanco, simplesmente para depósito de folha de pagamento – na época gerou um recurso R\$ 1,3 milhões –, que foi pago à vista. Aumentamos a receita do hospital, fizemos redução de custo assistencial na UNIMED, mas os valores aí não interessam muito. O fato é que conseguimos fazer planejamento estratégico, o diagnóstico, implementar o PDCA, envolver a Diretoria, cooperado e os funcionários. Conseguimos acompanhar esses indicadores. Porque uma coisa também é construir dois volumes e não acompanhar isso mês a mês. Conseguimos fazer um acompanhamento por meio da RMVR.

Como estamos longe de São Paulo, não temos a mesma facilidade de acesso à educação continuada que existe nas regiões próximas à Capital. Um exemplo é o da contratação de um gerente para uma determinada área: fazemos contato com as grandes empresas de recrutamento de pessoas, que colocam cerca de 2 000 currículos à nossa disposição. Na seleção, escolhemos algo em torno de 200. quando é divulgada a informação de que a vaga é para o Interior do Estado, esse número cai para 50. Após a revelação de que o posto de trabalho localiza-se em Franca, restam, finalmente, três ou quatro candidatos. Isto porque, se a preferência não recai diretamente sobre São Paulo, é possível que se destine a cidades como São José dos Campos ou Campinas. Temos dificuldade na contratação de executivos.

Mas, profissionalizamos a empresa, com a definição dos seus níveis gerenciais. Não possuíamos um gerente financeiro, um gerente de provimento de Saúde, ou um administrador com conhecimento de Administração hospitalar.

Definimos as missões de cada unidade de negócio, os seus indicadores e cada uma delas. Fizemos planejamento orçamentário e é interessante notar

que essas reuniões de RMVR são aquelas clássicas. Aquela reunião de PDCA mesmo, que repassa tudo e as pessoas têm as metas para cumprir. Definimos isso em planejamento estratégico no início do ano, com o grupo de colaboradores, de gestores e cooperados: envolvemos todo mundo. Fazemos isso há três anos. Definição de metas, que são mostradas para diretor, gestor, colaborador; supervisor e coordenador, em diferentes níveis da empresa. E é verde ou vermelho. O vermelho é relatório de três gerações, não é de justificativa. Trabalhando assim, temos conseguido avançar.

Reposicionamos a empresa e, aí, as coisas melhoraram. Isso é um resumo das diferentes ferramentas. Começamos dessa maneira: chamamos isso de casa da qualidade, que é a visão sistêmica do nosso negócio. Começou no planejamento estratégico, temos vencido essas diversas etapas. Avançamos muito em responsabilidade social, mapeamento de processo. Fazemos isso continuamente.

Uma das áreas que ainda não está completamente estabelecida, é a de TI. Estamos resolvendo isso este ano, como adequação de sistema de gestão, pois, para obter informação, do jeito que está é a coisa mais difícil do mundo.

Chegou o momento em que estávamos dentro do hospital, ocupando áreas nobres, com três ou quatro casas alugadas em volta e era necessário alugar mais uma. Foi quando disse: *Não, pára! Não tem. Eu preciso ir falar com o comercial, e leva 40 minutos para atravessar a rua e vim aqui. Como é que faz? Não tem jeito. Arruma um imóvel na cidade, para a gente alugar.*

Quantos metros quadrados naquele imóvel? 1 600; 1700 metros quadrados. Conseguimos esse imóvel inicialmente para alugar. Não deu certo e compramos, por R\$ 1,5 milhões, fizemos uma reforma de cerca de R\$ 600 mil. Três vãos livres eram alugados para um banco.

A operadora está inteira ali, no centro da cidade, com um suporte excelente de atendimento ao cliente no térreo, com autorização, atendimento ao cliente, auditoria. O cliente não precisa ir para o primeiro e segundo andar. O nível operacional no primeiro andar; e gerência e nós da diretoria, no segundo e terceiro andares.

Investimos permanentemente no hospital, em melhoria de infra-estrutura. Estamos fazendo isso lá ao longo desse tempo porque, com a introdução dessas ferramentas de gestão no sistema cooperativo, isso era feito de forma empírica. A introdução dessas ferramentas possibilitou que tivéssemos grandes resultados e os resultados possibilitaram que fizéssemos grandes investimentos.

Uma das coisas que fizemos na ferramenta de gestão foi a contratação de uma empresa, pois queríamos sair da meta referencial e tinha muito desperdício, sem nenhum controle sobre produção médica. Confesso que a primeira coisa que nos aproximou dessa empresa foi o fato de que eles contavam com um sistema via *web*, no qual era possível que o médico acessasse e olhasse aquilo que ele tinha produzido. Não tínhamos nenhuma ferramenta na UNIMED que pudesse mostrar isso para o doutor. Quando íamos fazer alguma discussão sobre ele, o máximo que conseguíamos fazer era a média e isso era complicado discutir com o doutor, porque ele também tem muito conhecimento.

Esse acesso *on-line* permitia, por exemplo, que o médico fizesse comparações com os demais colegas da especialidade e o quanto ele solicitava de exames, o quanto internava, em relação aos outros colegas da especialidade.

Sei que isso pode gerar críticas, mas o nosso problema era diminuir o desperdício, porque não era possível prosseguir assim. A operadora de Plano de Saúde tinha problemas terríveis porque não era mais possível fazer uma consulta por R\$ 18,00 e isso já há vários anos. Tinha que mudar isso de alguma maneira. Esse sistema possibilitou tudo isso, que o doutor pudesse olhar a sua performance.

Os indicadores são muitos. O doutor olha para a situação dele, vê que

atende 550 consultas por mês – um cardiologista –, faz 65% de retorno e que todos os 282 têm que pagar por isso, o retorno remunerado no mês seguinte. No mês seguinte esse colega atendia 65% dos clientes. Isso mostra, os doutores que são donos de serviços próprios, o percentual de exame que pedem para o laboratório deles. São médicos cooperados, mas possuem o próprio laboratório. A quantidade de exame que pedem para o próprio laboratório é completamente diferente da média dos outros colegas. Boa formação, título de especialista – existem os critérios de entrada na cooperativa –, e os números eram completamente diferentes. Isso chocou, a princípio. Mas era bom que ficasse desorganizado. Para algumas especialidades médicas, os doutores detestaram quando organizamos a casa. Porque quanto mais bagunçado, para eles, melhor era.

Para não incorrer nos erros, nas dificuldades e nos conflitos com a meta referencial que já tivemos, fizemos inúmeras reuniões com especialidade, com cooperados. Definimos algumas parametrizações de especialidade, colocamos o modelo no ar, disponível para o doutor, de agosto a dezembro. Numa assembleia no final de novembro a início de dezembro, depois de todo mundo conhecer o método, conseguimos a aprovação, implantamos definitivamente em janeiro de 2005.

Utilizamos somente alguns indicadores que nos interessavam: gasto por consulta, reconsulta, consultas não vinculadas na especialidade, exames auto-gerados, e os gastos por internação. Alguém poderá dizer: *Puxa, um doente grave: ninguém mais quer operar doente grave.* Esses casos serão tratados como exceção e o médico não perde ao atendê-los.

Estamos envelhecendo, a cidade não cresce, a massa de usuário não cresce, a cooperativa está fechada. Essa é a realidade nossa e da maioria das operadoras, de cooperativas médicas no Estado. E isso vem gerando uma dificuldade. Conseguimos colegas para trabalhar, para ficar à distância ou para operar o caso grave. Evidentemente que esse método não contempla todos. E o doente grave, o doente que distorce e o trauma; o doente que precisa ficar internado muito tempo, gente tem os níveis de avaliação de justificativa. Não nos interessa de forma alguma brigar com o médico, puni-lo porque ele tem um paciente grave que ficou internado e isso estourou no indicador de gasto com internação. Isso é aceito na justificativa na auditoria, imediatamente.

Algumas dificuldades fora da auditoria, vão para o Comitê de Especialidades, que é votado por esses 282 integrantes, com representantes de quase todas as especialidades. Dificuldades como, por exemplo, o caso de algum colega sem bonificação, são tratadas pelo Conselho de Administração. Mas, normalmente, isso não chega a esse organismo, não existe esse tipo de discussão.

Isso permite analisar os cirurgiões que têm um índice médio de operação de apendicectomia / ano, historicamente de 5% ou 6%; e existe cirurgião que tem 38%, o que provoca imensa distorção. Um colega da Diretoria, que é cirurgião, pediu os laudos, o que normalmente não fazemos. Toda essa documentação chega à UNIMED, mas normalmente isso não é analisado em todos os casos, principalmente casos de apendicectomia. 67% por cento das apendicectomias são brancas. Segundo o cirurgião, isso não é o habitual de se encontrar na prática médica adequada. Isso foge do padrão de qualquer outro cirurgião que trabalha conosco. Essa ferramenta metodológica tem a capacidade de coibir esse tipo de prática.

Há o caso, por exemplo, um ecocardiografista que quase nunca foi bonificado, durante todos esses meses porque ele faz um número muito grande de exame auto-gerado. Assim, ao fazer os valores, não interessa para ele ser bonificado. Interessa para ele receber a mais, porque o ecocardiograma – ele pede demasiadamente – dá um valor maior do que se fosse bonificado e diminuísse a quantidade de exames. Esses exageros, têm sido enfrentados de modo pontual, com muita tranquilidade e calma. Temos chamado os colegas,

procurado orientar. Temos evitado até de levar os casos para o Comitê de Especialidades. É possível mostrar: *Olha, os seus indicadores são esses. O próximo fórum é o Comitê de Especialidades.* E eles vão, de uma maneira ou outra, tentando se adequar.

São alguns indicadores que são colocados, aí o colega pode observar o gasto por consulta, a quantidade de exame pedida, as solicitações que ele fez de exame. E vai clicando nas telas, mostrando o laboratório onde o paciente fez os exames. Ele tem uma noção de tudo que ele faz e todos os relatórios que ele pode pedir com relação a exames, internação, os pacientes cirúrgicos, ambulatoriais etc.

Alguns resultados: antes da implantação, o custo médio por consulta era na faixa. Com a implantação em 2005, as pessoas procuraram se adequar evitando os exageros. Sempre dialogamos. Continuamos estimulando os protocolos, a Educação médica continuada, as reuniões clínicas. Procuramos fazer isso, dentro do que é possível em uma cidade do Interior. Porque em nenhum momento gostaríamos, com essa diminuição de despesas, tornar precária a assistência médica. Não era esse o nosso objetivo.

Em 2006, houve uma elevação, em 2007 também, muito mais pela quantidade de alguns novos procedimentos que colocamos ali. Mas vem se mantendo em níveis como o de 2005.

Aí existe uma redução preocupante do nosso número de clientes. Infelizmente, não temos conseguido aumentar a carteira de porque a cidade vive uma crise. Hoje discutimos na UNIMED Franca, que já atende classe B e C; já atende classe B, que é o maior grupo de clientes, um pouco da classe C que tem condição de pagar o plano de Saúde. E discutimos se vale à pena, hoje, lançar um produto para a C e D. Não temos certeza disso, e não queremos lançar produto só para aumentar a carteira de clientes, ter uma melhor performance nisso. Então estamos tolerando dessa maneira. Mas isso está dentro de um contexto.

A média de exames que diminuí drasticamente de 2004 para 2005. Houve uma elevação em 2006, pois alguns procedimentos não estavam sendo contemplados. Em 2007, já há uma elevação que consideramos natural.

Média do número de consultas. Vem tendo uma queda discreta muito semelhante ao número de clientes. O custo médio de consulta apresenta uma elevação. Ela é justificada, mais ou menos uns 12% dessa elevação de 2005 para 2006, com relação a alguns procedimentos que não tinham sido colocados inicialmente. Isso é um exemplo.

Já ouvi dizer que uma ressonância magnética, ou tomografia, bem indicada é um exame barato. Um hemograma, mal indicado, é caro. Os dez exames mais solicitados na UNIMED Franca são: ecocardiograma; TSH; PSA; mamografia; hemograma completo; endoscopia digestiva alta; ECG; TC de crânio; US do aparelho urinário; e US pélvica transvaginal.

Algumas outras coisas não reduziram muito, mas alguns desperdícios temos certeza que coibimos. Essa é a evolução da produção médica, o que dá sustentabilidade à Diretoria, embora daqui a pouco haja novas eleições. E já há uma corrente dizendo que agora que o negócio já está bom, o salário nosso aumentou, tem muita gente querendo.

Cooperativa é algo sempre muito complicado. É difícil existir o reconhecimento. Ela está estável, sem uma movimentação política muito exacerbada.

Mas, essa é uma coisa que dá respaldo no nosso trabalho e o médico entendeu isso. Isso já tendeu a uma estabilização em 2004. Nós não penalizamos mais. Nós conseguimos aumentar dentro do possível em 2005.

O sistema cooperativo no Brasil, se tiver que pagar todos os impostos que estão colocados, todo o passivo, vai para insolvência. Elevamos o ticket médio, o *per capita* médio – na época que assumimos era menos de R\$ 40,00 – para, hoje, na faixa de R\$ 78,00 reais. O universo de São Paulo é diferente.

apresentávamos um dos *per capita* mais baixos do sistema UNIMED, mais baixos do Brasil, por causa da concorrência predatória que nós mesmos construímos dentro da cidade. São Carlos, hoje, que é uma cidade próxima, 180 quilômetros de Franca, tem um *per capita* de R\$ 130,00, de R\$ 120,00. Nem por isso o médico recebe o dobro. Mas o médico é muito melhor remunerado, os serviços são completamente diferenciados. Está certo que a renda *per capita* da cidade é diferente também.

Os impostos que a UNIMED Franca devia ao INSS eram de R\$ 15 milhões. Nosso faturamento hoje é de R\$ 5,4 milhões. Pretendemos fechar o ano – a nossa meta – com faturamento de R\$ 65 milhões, entre operadora e hospital.

Devíamos para o INSS, por causa da lei da regulamentação. A cooperativa foi arbitrada em 15% do faturamento. Ela devia R\$ 15 milhões porque os advogados do sistema nos disseram: *Não deposita em juízo, isso é inconstitucional. Vamos brigar.* E eles cobravam 7% para nos defender, quando a causa estava em R\$ 15 milhões. Isso eu falo aqui, mas já falei isso do sistema várias vezes, até para os advogados que nos orientaram mal. Quinze milhões a gente devia, a cooperativa ia para leilão em outubro do ano passado. Chegou a ser marcado o leilão, execução fiscal, bens indisponíveis de 18 diretores, inclusive de um espólio que tinha sido diretor há seis anos e o colega havia falecido.

Com toda essa melhoria, com a sobra de dinheiro que teve, nosso contingencial para pagar o INSS, pagamos à vista R\$ 11 milhões no final de 2006. Se não houvesse esse problema, essa remuneração médica seria completamente diferente. Teríamos até condição de discutir o *capitation*, que é o sonho de muito gestor de cooperativa, principalmente se a Oftalmologia levasse só 4%, como se viu em alguns casos.

E reconhecemos uma dívida de PIS e COFINS de mais R\$ 11 milhões de reais. Essa, nós optamos pelo REFIS para pagamento em 130 meses. Nós não pagávamos impostos de ISS, a prefeitura de Franca resolveu cobrar. Hoje nós pagamos todos os impostos. Isso dá mais de R\$ 300 mil / mês. Pagamos tudo. Não tem nada para trás. Está regularizada a situação da empresa.

Conseguimos mudar a curva de remuneração. É por isso que o médico está tranqüilo. Aumentaram as faixas salariais de maior ganho.

Mas essa é a nossa realidade. Melhorou muito, mudou a curva e as pessoas estão se sentindo mais valorizadas.

E aí, saímos do CH de 0,18, para o CH de 0,20; ou 0,22. Foi progressivamente, pouco a pouco, mas nunca recuamos. Isso vai dando cada vez mais credibilidade. Nós estamos com 0,33; estamos indo para 0,36 agora em julho.

Desde o início, a bonificação atingiu o percentual de cooperados que esperávamos mesmo que atingisse. Porque, com um modelo desses, implementa-se os indicadores, discute com todo mundo e o índice de bonificado é 20 ou 30%, o negócio não iria para frente. Isso vem sendo a nossa realidade desde 2005.

Essa é a nossa realidade: era 0,18 e foi para 0,22; foi para 0,33 e meta de 0,36, com a cooperativa saneada, organizada, o cliente mais satisfeito. Temos os indicadores; avaliação, nós temos isso por pesquisa. Temos vários outros benefícios que são colocados para o médico cooperado que tem as suas dificuldades. Não são ainda do jeito que gostaríamos, mas estamos evoluindo para isso. Existe programa de férias, seguro de vida; o plano de Saúde absolutamente subsidiado, tanto para o cooperado quanto para o parente de cooperado. Há sinistro, em caso de falecimento. Temos até telefone celular, com um dos preços mais baratos do Brasil. Até há pouco tempo, fomos o maior cliente corporativo da Claro. Temos um VC-1 lá de R\$ 0,22. Isso é benefício indireto, não é coisa que se que fazer, mas faz também. Essa conta reduz em R\$ 60 000,00 o gasto em telefonia celular. Estamos em uma cooperativa, desse modo, fazemos isso também.

Não ficamos só nisso. Essa é a realidade: todo mês fazendo as reuniões de RMVR, procurando aperfeiçoar etc. Isso está indo bem. Existe uma outra realidade de que não podemos ficar mais só na administração. Temos que olhar a assistência e o custo assistencial, pois em nossa pirâmide etária há uma grande concentração de idosos.

Existe um conjunto de 10% de clientes que consome 58% do custo assistencial. Então nós estamos olhando para esse grupo de clientes.

Nossa realidade atual é de que falta integração dos nossos serviços de SADT, de Medicina Preventiva, de Unilar, de alta médica, de doente crônico. E estamos agora fazendo a discussão disso. Será que é possível melhorar, implementar políticas de remuneração, fazendo a discussão do modelo assistencial, revendo isso? É possível potencializar a política de remuneração? Evoluímos para isso, tudo está em fase de discussão, algumas coisas sendo implementadas, as outras sendo discutidas com a Cooperativa. Continuamos fazendo atendimento individual, mas podemos fazer o atendimento de grupos de população, principalmente de grupos de risco, de alto risco, de re-internado, de doentes crônicos, dos doentes que têm o maior custo assistencial.

Estamos discutindo a qualificação do atendimento médico, com protocolo e capacitação. Queremos o médico disponível para atender o cliente diferente. Porque o médico, a maioria, tem uma carteira de clientes. E o cliente que não é atendido, que não é abordado, que não sabe o que a UNIMED pode fazer por ele? Esse cliente não é atendido. Então nós queremos discutir com o médico o atendimento do cliente diferente, que não está na base de cliente dele.

Estamos discutindo a otimização. Temos hospital, laboratório próprio, clínica de fisioterapia. O nosso laboratório é um dos pioneiros do sistema UNIMED. Podemos fazer otimização de todos os nossos serviços. Estamos fazendo o monitoramento da população de alto custo.

Já temos toda a avaliação epidemiológica, possuímos o nome, o endereço e sabemos como abordar esse cliente. Se avançarmos sobre esse cliente, é daí que podemos fazer economia, tratar dele melhor, proporcionar a ele uma assistência mais qualificada e fazer economia para remunerar melhor. Talvez, do grupo de idosos, com 1 355 pacientes, tenhamos 1 200 que foram internados mais do que quatro vezes no ano passado. Cinquenta desses pacientes, representam um gasto de R\$ 593 000,00 e o que cabe ao médico é menos de 10% de honorários. Quem leva aqui é a indústria.

A matriz gerencial é uma ferramenta importante na gestão da Cooperativa. Política de remuneração, instrumento de indução de novas práticas assistenciais na busca da sustentabilidade da Cooperativa. Os recursos financeiros necessários para estimular um novo modelo de atenção à Saúde serão gerados em curto e médio prazos, a partir da gestão de cliente de alto custo. Os ganhos de qualidade de atenção médica poderão resultar em melhor remuneração dos profissionais, devido à redução dos custos, a partir da melhor utilização dos insumos.

Efetividade da política de remuneração como indutora de mudanças do modelo de atenção. Depende de uma orientação estratégica clara, que integre modelo de atenção, modelo de gestão, de infra-estrutura.

Este não foi um relato teórico, mas o compartilhar de uma experiência vivida. A avaliação final do cooperado, do colaborador e dos clientes é muito produtiva.

Franca é conhecida como a cidade dos calçados, mas é também a cidade do basquete. Somos campeões paulistas, com patrocínio exclusivo da UNIMED Franca e da Federação das UNIMEDs do Estado de São Paulo. Somos Vice-Campeões Sul-americanos. Estamos entre os quatro semifinalistas do campeonato brasileiro. Convido todos a que torçam por nós.