

ANÁLISE DOS ANTAGONISMOS DE INTERESSES DAS COOPERATIVAS DE SERVIÇO MÉDICO E DOS MÉDICOS COOPERADOS

ANALYSIS OF ANTAGONISMS OF INTERESTS OF MEDICAL SERVICE COOPERATIVES AND COOPERATED PHYSICIANS

ERMELINO FRANCO BECKER

mestrando no Programa de Direito Empresarial e Cidadania do Centro Universitário Curitiba - UNICURITIBA. Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (1995). Especialista em cirurgia oncológica com residência médica no Hospital Nossa Senhora das Graças de Curitiba. Médico legista do Instituto Médico Legal do Paraná. Professor na Faculdade Evangélica Mackenzie em Curitiba e na Universidade Positivo nas graduações dos cursos de medicina, nas disciplinas de Medicina Legal e na de Bioética. Membro do grupo de pesquisas em direito médico do centro universitário Curitiba - UNICURITIBA.

MIGUEL KFOURI NETO

Pós-Doutor em Ciências Jurídico-Civis junto à Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa (2013-2014). Doutor em Direito das Relações Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2005). Mestre em Direito das Relações Sociais pela Universidade Estadual de Londrina (1994). Bacharel em Direito pela Universidade Estadual de Maringá (1981). Licenciado em Letras-Português pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (1972). Professor-Doutor integrante do Corpo Docente Permanente do Programa de Doutorado e Mestrado em Direito Empresarial e Cidadania do Centro Universitário Curitiba.

RESUMO

O artigo analisa algumas facetas de exemplo de economia solidária que é a cooperativa de trabalho médico, o sistema Unimed. A observação dos antagonismos entre os interesses dos médicos individualmente e da empresa enquanto operadora de saúde é desdobrada em aspectos éticos, empresariais e econômicos. A conclusão vislumbra a percepção de que a operadora efetua mecanismos de controle indesejáveis devido ao vínculo cooperativista que enfraquece o médico, na sua condição de profissional liberal.

Palavras-chave: economia solidária; cooperativa de médicos; sistema Unimed; antagonismo ético e empresarial.

ABSTRACT

The article analyses an example of solidary economy, the Unimed System, a cooperative medical company. The observation of antagonistic forces between the doctor's, the patient's and the health company is unfolding in its ethical, corporate and economic

aspects. The conclusion discloses inadequate manners of regulation over the position of the liberal medical professional.

Keywords: solidary economy; medical cooperative system; Unimed; Ethical and corporate antagonism.

1. INTRODUÇÃO

Hoje no Brasil o mercado da saúde suplementar apresenta-se concentrado em poucas operadoras de saúde. Podemos citar entre as principais as seguradoras Sulamerica, Amil e Bradesco, o sistema de cooperativas Unimed e os planos de autogestão em geral de funcionários de grandes empresas como o Banco do Brasil, Caixa Econômica, Petrobrás e similares. Tal concentração é resultado de falta de competitividade no mercado, decorrente das vantagens de atendimento em escala, e de efeitos regulatórios do arcabouço normativo

A saúde suplementar cobre aproximadamente um quarto do público brasileiro. Um terço deste montante está vinculado a planos de cobertura dos servidores públicos. O restante fica para planos de vinculação facultativa. (Andrade 2015).

Entre os tipos de planos de saúde, as cooperativas médicas respondem por 25,3% do mercado de planos de saúde suplementar. Caracteristicamente, este percentual sobe quando se considera a presença fora das capitais.

As cooperativas médicas surgiram com o objetivo primário de formar grupos de médicos com vistas a organizar sistemas administrativos de atendimento em cooperação, mas também como forma de enfrentar a previsível escalada do mercado para a medicina de grupo, com a predominância das operadoras de planos de saúde. Conforme Edmundo Castilho, ex-presidente da Confederação Nacional das Unimeds: (DUARTE, 2001)

"Em 1967, em Santos, nós criamos a primeira Unimed, baseados no fato de que nós não queríamos a mercantilização, nós queríamos a ética, o respeito aos usuários. E definimos o atendimento em consultório, (...), socializando meios e mantendo as características liberais``.

Embora se possa discutir se a mercantilização da medicina é, de fato, um fator de enfraquecimento ético, é razoável perceber nas entrelinhas da declaração a ideia que

defende um modelo mais centrado na viabilidade da profissão exercida sem vínculos empregatícios. Mais discutível ainda é a (in)conveniência de se manter o médico como profissão liberal quando toda a história recente do Brasil após Getúlio Vargas exalta as conquistas do trabalhismo, com seus direitos, suas férias, suas greves e garantias. Apesar do apelo que a ideia de trabalhar sem patrão e, portanto, com a liberdade em atender o princípio ético da beneficência poderia ensejar, as leis de mercado de oferta e procura ainda determinam em última análise o valor do trabalho médico, seja em salário, seja em honorários.

Ora, será que a UNIMED se comporta de maneira diferente em relação aos médicos enquanto operadora de plano de saúde? Será que as suas técnicas administrativas seguem padrões diferentes de organização? Seria a cooperativa, uma vez que é gerida dentro dos princípios da economia solidária, um santuário para o médico liberal no cruel mercado da medicina de grupo?

Talvez o sistema cooperativista médico possa ser comparado a um escudo da profissão contra a desvalorização do trabalho médico, ou talvez uma gaiola de ouro onde, seduzidos pela ideia da economia solidária e da gestão por colegas, o médico apenas trabalhe para um convênio diferente, porém privado dos tão louvados direitos trabalhistas.

2. COOPERATIVAS DE TRABALHO X COOPERATIVAS DE PRODUTOS

O cooperativismo surgiu na cidade de Rochdale com algumas premissas que ficaram conhecidas como os “princípios pioneiros de Rochdale”. Tais princípios podem ser resumidos em:

“(...)adesão livre; administração praticada pelos próprios associados; juros módicos do capital social; divisão das sobras para todos associados; neutralidade política, social e religiosa; constituição de um fundo de educação; e cooperação entre cooperativas, no plano local, nacional e internacional”. (Jerônimo, 2004)

As cooperativas de produtos, como as agrícolas, se servem de uma estrutura comum de administração, por vezes com sistema de compartilhamento de máquinas e compra de insumos, além da administração do escoamento da produção entre outras,



para buscar uma competitividade e escala no mercado com grandes empresas concorrentes.

Neste tipo de cooperativa, devemos notar que quanto maior a produção, maior será o ganho para a cooperativa e o lucro de seus integrantes. O sucesso do cooperado tende a fortalecer a empresa a curto e longo prazo. Embora o excesso de oferta possa eventualmente baixar preços, a economia globalizada tende a achar novos mercados para equilibrar tal desvantagens.

O sistema de cooperativas de trabalho, ou de crédito, possuem características empresariais um pouco diferentes, mas também sinérgicas entre os interesses do associado e da cooperativa. Como o serviço prestado gera uma nova riqueza, no sentido de uma remuneração ao cooperado, e parte desta é usada para os serviços que a cooperativa dá de suporte ao cooperado, com seus custos reduzidos na comparação aos do profissional isolado. Assim, os interesses das cooperativas de serviços e de crédito e de seus membros individuais também atuam sinergicamente.

Quando se fala em cooperativas de médicos, porém, uma peculiaridade se interpõe na esperada sinergia. A cooperativa negocia o trabalho médico como uma operadora de saúde, o que inclui o atendimento hospitalar, com os custos de exames, de insumos e de medicamentos. Tal posição implica em consequências administrativas antagônicas aos interesses individuais de seus cooperados. O médico cooperado, ao invés de trazer por si o cliente para colaborar com a cooperativa, fica colocado como um "custo" da operação. Quanto maiores seus honorários, mais expolia o lucro da cooperativa.

Comparando a Unimed com os outros convênios atendidos pelos médicos em seu consultório, do ponto de vista do profissional liberal, o médico se vê em um conflito de interesses. Se a operadora é a própria cooperativa do médico, ele assume, na sua pequena porcentagem, os custos que ele mesmo gerou. Se o plano, ao contrário é um terceiro, os custos têm impacto zero sobre o profissional, ficando a cargo da operadora.

3. O BINÔMIO COOPERATIVA DE TRABALHO X PLANO DE SAÚDE



A Unimed, ao contrário dos outros tipos de cooperativas, vende o produto antecipadamente ao cliente. O consumidor, portanto, não é do cooperado e sim da empresa. O suporte operacional que a filosofia cooperativista ofereceria não está endereçado ao médico e sim ao cliente. A Unimed só administra os serviços burocráticos do consultório quando o cliente é vinculado a ela e não ao profissional. Tais serviços são bem semelhantes aos que os outros convênios oferecem, na liberação de guias, tratamentos e medicações. Assim, a primeira vantagem do cooperativismo que seria a divisão de custos operacionais se perde parcialmente pois o médico continua com seus encargos individuais ao atender os pacientes de outros convênios.

Em relação ao mercado de trabalho, também se diferencia a Unimed das outras cooperativas. A angariação dos clientes é feita pela cooperativa. Em outras cooperativas de serviços não médicos, o cliente é angariado pelo profissional no mercado geral. Na Unimed, o médico está restrito a um conjunto definido de usuários do plano de saúde, criando uma cruel concorrência interna entre os sócios. E também uma distorção do mercado ao nivelar os clientes de perfis diferentes em um produto padronizado.

Premida pela necessidade de ofertar trabalho e maior número de clientes a todos os cooperados, a empresa tenta angariar novos mercados. E o mercado de pessoas sem cobertura na saúde suplementar sempre é o de renda mais baixa. Nas últimas décadas o mercado das operadoras de saúde desceu para abraçar as camadas socialmente menos favorecidas da população, seja em planos individuais, familiares ou empresariais. (Ocké-Reis, 2006)

“Desde fins da década de 1960, um número crescente de trabalhadores passou a ser coberto pelos planos de saúde, seja mediante a celebração de contratos individuais, seja mediante a adesão a um contrato empresarial ou associativo. A assistência à saúde, assim, se transformava em um bem de consumo — um bem de consumo médico”

Assim, a Unimed desenvolveu produtos de menor custo voltados a este público que, proporcionalmente, desvalorizaram os honorários médicos. O eterno dilema entre ganhar mais em um mesmo paciente contra ganhar menos em vários pacientes teve seu pêndulo a favor deste último, aproximando a remuneração por ato médico aos valores pagos pelo Sistema Único de Saúde.

A transformação do antigo paciente do SUS para um cliente Unimed, desejável, em rasa análise, distorceu a relação médico paciente clássica desta faixa social. Quando o médico atende o paciente humilde pelo SUS, a relação é a de um benefício ou serviço público, com as responsabilidades naturais restritas deste. Com a carteirinha do convênio na mão, a relação passa a ser consumerista, mais onerosa em termos de exposição de responsabilidade civil para o profissional. A precária formação intelectual, deste cliente torna os esclarecimentos inerentes ao código de defesa do consumidor cansativos e ineficazes, e note-se que aqui não ensejamos nenhum demérito do ponto de vista humano à personalidade destes pacientes.

Paralelamente, como o contrato foi feito pela pessoa jurídica, a cooperativa, esta naturalmente passa a supervisionar e interferir, através das auditorias e atos administrativos na liberdade profissional do médico. Este se torna mais exposto em sua responsabilidade profissional, pois o paciente com facilidade gera queixas típicas de uma relação de consumo, e também menos livre devido à ingerência típica de um convênio *“low-cost”* em seu trabalho.

Para o governo e o gestor público, com seus recursos cronicamente insuficientes para o adequado atendimento das premissas universais e integrais da saúde pública, a progressiva migração dos usuários do SUS para os planos de saúde vem como um bálsamo nesta chaga social histórica do acesso ao tratamento médico.

Naturalmente, o sistema público não pode atingir o nível de sofisticação e direitos dos convênios, pois geraria um movimento de mercado contrário, migrando os clientes da saúde suplementar, paga, para o sistema público gratuito. Tal percepção é cruel, pois evidencia que o SUS, quando, hipoteticamente, adquirisse qualidade semelhante ao da medicina dos convênios, seria automaticamente prejudicado pela sobrecarga de novos usuários advindos da medicina privada.

Voltando à questão da disputa do mercado entre os médicos, a cooperativa, travestida de operadora de planos de saúde, gera uma competição absolutamente distorcida entre seus associados pelo mercado finito que ela determinou pela venda de seus contratos. Tal competição se mostra absolutamente deletéria pelo conflito de interesses entre os profissionais e a cooperativa, entre os profissionais entre si e ainda entre os cooperados que possuem uma empresa que presta serviços à cooperativa.

4. OS CONFLITOS DE INTERESSE ENTRE O MÉDICO E A COOPERATIVA

Começando pela questão dos interesses individuais do cooperado médico, destaca-se que sua remuneração depende dos atendimentos médicos que ele realizar ao longo do mês. A cooperativa não prevê um valor fixo mensal. O médico, como serviço individual, realiza consultas em seu consultório, eventualmente em serviços de emergência, como pronto atendimentos nos hospitais, realiza exames como endoscopias e exames de imagem, e faz atos cirúrgicos nas mais diversas especialidades.

De seu ponto de vista, quanto mais ele conseguir atender durante o mês, melhor será seu rendimento pessoal, gerando, portanto, um estímulo a trabalhar o máximo que conseguir. Do ponto de vista da empresa, porém, que tem sua fonte de recursos limitada à receita dos planos vendidos, a torcida é que a sinistralidade, ou seja, o uso de recursos no atendimento da saúde de seus clientes seja o menor possível. A Unimed precisa que seu cooperado esteja disponível para o atendimento do cliente, mas ao menos tempo precisa instalar mecanismos de regulação que evitem o gasto excessivo pelo usuário.

Entre os mecanismos de desestímulo ao atendimento estão alguns óbvios, como a reduzida remuneração do profissional. A desproporção entre as responsabilidades civis, penais e administrativas inerentes à profissão médica e a tabela de pagamentos da Unimed é chocante. Citaremos alguns exemplos retirados da tabela online da Unimed Curitiba, com seus valores brutos, em reais.

Consulta em pronto socorro 76,65
Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido) 105,00
Terapia oncológica - planejamento e 1º dia de tratamento 121,15
Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento 71,68
Excisão de tumor de boca com mandibulectomia 942,64
Tumor de língua - tratamento cirúrgico 249,70
Laringectomia total 1.221,90
Tireoidectomia total 728,79
Exenteração de órbita 878,11
Mastectomia radical ou radical modificada - 1.021,49
Revascularização do miocárdio 2.630,79
Esofagectomia distal com toracotomia 1.021,49
Colectomia parcial sem colostomia 878,11



Tais valores são tabelados e o estatuto da cooperativa não permite complementação, cobrança complementar, nem eventual variação conforme idade do médico, sua titulação, complexidade do hospital ou complexidade do caso. Com a baixa remuneração, o desestímulo profissional tende a equilibrar a gestão de recursos da cooperativa.

De outro lado, por regulamentação da Agência Nacional de saúde, a cooperativa não pode deixar o paciente sem adequado atendimento, de modo que ela gerencia os honorários aos médicos na medida em que estes atendem o volume mínimo necessário.

Outra regra muito ilustrativa do desestímulo através dos honorários é a restrição do pagamento das visitas hospitalares a três visitas por semana em pacientes com internamentos de longa duração. Eticamente o médico precisa ver o paciente diariamente, mas a Unimed remunera apenas três das sete visitas semanais, instando o médico a dar alta para o paciente.

Outra maneira de acomodar o fluxo de caixa da empresa é facilitar ou dificultar a liberação de procedimentos, gerando pedidos de relatórios para auditoria, aumentando a burocracia, retardando liberações que retardam, ainda que provisoriamente os gastos de atendimento.

Os médicos, por sua vez, se defendem dos baixos honorários restringindo seus horários de consultório para pacientes do convênio, obrigando o paciente a pagar a consulta em horário dos "particulares", casando o atendimento com "taxas" de materiais e eventualmente cobrando complementos a título de honorários para auxiliares não credenciados, instrumentadores cirúrgicos e afins. Progressivamente, com a melhora de seu mercado pessoal, eventualmente o médico se descredenciará da cooperativa.

Outra defesa, quando o médico tem duas especialidades, é deixar apenas uma registrada perante a Unimed. Como o estatuto prevê que não serão pagos honorários fora da especialidade formal, o médico evita a infração ética da dupla cobrança, (artigo 66 do código de ética médica) e propõe honorários para os procedimentos da segunda especialidade. Como ilustração podemos citar o cirurgião do aparelho digestivo que também é especialista em endoscopias. Ele se registra na Unimed apenas como

endoscopista, e quando o paciente deseja se operar com ele, combina honorários direto com o paciente, uma vez que a Unimed, pelo estatuto, não prevê pagamento em cirurgia

Conforme o estatuto:

Art. 6º São deveres do Cooperado:

V - Prestar serviços de assistência médica aos beneficiários do Sistema Unimed, na sua especialidade e área de atuação, se houver, regularmente cadastradas na Cooperativa.

Ou seja, não obriga e não remunera o cooperado que atender procedimentos fora de sua especialidade. Mas a Unimed tem obrigações também junto ao Código de Defesa do Consumidor. Na última reforma do estatuto a cooperativa incluiu uma defesa contra tal cobrança:

Art. 7º Além das vedações impostas no Código de Ética Médica, é vedado ao Médico Cooperado:

III - executar junto aos beneficiários do Sistema Unimed ato médico que não esteja dentre os estabelecidos pela Cooperativa para a especialidade ou área de atuação cadastrada, independente de possuir registro delas no Conselho Regional de Medicina do Paraná - CRM-PR;

Tal proibição, ainda que prevista, talvez não prospere pois o cerceamento do exercício da profissão é uma cláusula possivelmente abusiva e tende, em última análise a retirar direitos de escolha do cidadão, previstos na Resolução Normativa CONSU-8 de três de novembro de 1998 e suas modificações:

Ar t. 2º. Para adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, estão vedados:

VI - negar autorização para realização do procedimento exclusivamente em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria ou credenciada da operadora. (Redação dada ao inciso pela Resolução CONSU nº 15, de 23.03.1999, DOU 29.03.1999)

O último conflito de interesse possível de ser vislumbrado também é bastante discutível. Como associado de uma empresa que opera planos de saúde, seria natural que o crescimento da empresa dentro do mercado da área de sua abrangência gerasse vantagens naturais ao médico autônomo.

Porém, o mercado com alta concentração inerente ao momento atual de nosso país pode ter um efeito inesperado. Quando a cooperativa ou qualquer outra operadora responde por uma fatia significativa do mercado dos pacientes da saúde suplementar, ocorre o efeito de monopólio. Este efeito é especialmente importante para as

especialidades que recebem seus pacientes para atendimento terciário, ou seja, especializado e já com o diagnóstico da doença estabelecido.

O fenômeno se deve ao fato de que os médicos da atenção primária, como clínicos gerais, geriatras e similares, quando do diagnóstico de patologias específicas como o câncer ou uma doença coronária com indicação de cirurgia, costumam encaminhar os pacientes ao mesmo médico, que se torna sua referência pessoal. Quando este médico específico não atende um convênio importante do mercado, o médico primário não costuma encaminhar alguns doentes para um e outros doentes para outro.

Quando a cooperativa domina a maior fatia do mercado, o princípio da livre associação se perde pois inviabiliza na prática a atividade de médicos de certas especialidades. Embora o mesmo raciocínio possa ser aplicado a outras operadoras de saúde, o mecanismo de reembolso das despesas médicas em “seguros saúde”, é mais livre e habitual que o reembolso por cooperativas.

Outra faceta deste problema é que para se tornar cooperado, ao contrário dos outros convênios, o médico precisa fazer um aporte financeiro não desprezível a título de adquirir cotas patrimoniais da cooperativa, em torno de trinta a quarenta mil reais. Estas quotas-partes também tem o inconveniente de não ser corrigidas monetariamente ao longo das décadas, o que gera um efeito de “pedágio” para se obter o direito de atender os pacientes da cooperativa, pois após uma carreira médica, não se recupera significativamente o valor integral deste aporte.

Também se considere que o médico não pode entrar e sair livremente da cooperativa no seu interesse, pois a reentrada é decisão da cooperativa. Logo, uma vez cooperado, o médico se vê atrelado à cooperativa por questões de domínio do mercado, custos financeiros e falta de liberdade de se credenciar novamente.

Arguivelmente, para o médico liberal autônomo, a dominância da cooperativa médica no mercado de operadoras de saúde, pode ser contrário ao seu interesse individual.

4. CONFLITO DE INTERESSES ENTRE OS COOPERADOS



Seguindo na questão de conflitos de interesses, os médicos também se confrontam em relação à disputa do mercado dos pacientes vinculados à cooperativa. Como os pacientes são um conjunto finito de clientes, a atração destes para a pessoa do médico produz um mecanismo de ofertar mais pela mesma remuneração, que é fixa. Os médicos passam a se ver obrigados, competitivamente, a assumir custos de propaganda, luxo, e sofisticação incompatíveis com a remuneração acima mencionada, espoliando o equilíbrio financeiro pessoal e do consultório.

Também em relação à valorização das especialidades, a heterogeneidade da rotina dos tipos de médicos gera distorções e incompatibilidade de interesses. Enquanto algumas especialidades são eminentemente ambulatoriais e de atendimentos clínicos, outras tem o seu âmago relacionado ao paciente internado e submetido a procedimentos.

Tentar valorizar de maneira justa um endocrinologista e um cirurgião de trauma através de uma mesma tabela é uma meta inatingível. Enquanto o primeiro tem seus honorários quase que exclusivamente relacionados à consulta, o segundo depende basicamente da remuneração relacionada ao atendimento cirúrgico. Ambos também se diferem de um endoscopista, ou radiologista, um patologista ou ainda um otorrinolaringologista. Devido à natureza da participação dos cooperados nas decisões da cooperativa, naturalmente que qualquer decisão sobre a valorização dos honorários envolve absoluta incompatibilidade de interesses.

Outra faceta desta incompatibilidade e heterogeneidade entre os cooperados se exprime na figura do cooperado que possui uma empresa prestadora de serviços à cooperativa.

Cínicas de quimioterapia, de endoscopia, laboratórios de patologia, exames de genética humana, serviços de diagnóstico por imagem, e até hospitais com frequência são de propriedade dos médicos cooperados.

O lucro advindo do serviço médico, quando comparado à remuneração pelos insumos inerentes à tecnologia do atendimento pode se tornar desprezível pela desproporção do ganho como liberal e o ganho como empresário. Poder-se-ia eventualmente dizer que para certos médicos, seria aceitável trabalhar de graça numa cirurgia de tumor, por exemplo, desde que o tratamento quimio ou radioterápico fosse realizado em sua clínica.

O conflito de interesse clássico, além da questão dos valores em si, seria a conveniência da instalação de serviços próprios da cooperativa, que absorveriam o custo do lucro empresarial. Tais medidas, se implementadas, gerariam um debate interessante: os radiologistas, por exemplo, na hipótese de um serviço de imagem pertencente à cooperativa, como seriam remunerados? Deveriam ser contratados com carteira assinada? Ou receber seus honorários como cooperados autônomos? Como se dividiria seus horários no serviço? Como se dimensionaria a eles uma justa remuneração, comparando com clínicos e cirurgiões?

No conflito entre os interesses da cooperativa e dos cooperados, eventualmente ocorre o contrário, em que serviços próprios não tem bom desempenho empresarial. Ilustra isto a situação do serviço de remoção pré-hospitalar que era próprio da cooperativa e tinha como médicos contratados para as ambulâncias, obrigatoriamente, médicos cooperados. A observação de que se poderia gastar menos com a contratação de uma empresa terceirizada atendia os interesses da cooperativa, que desmontou o serviço próprio, mais oneroso. Os cooperados plantonistas, porém, perderam um mercado de trabalho bem remunerado. Os médicos contratados pela empresa tinham uma remuneração por hora trabalhada bem inferior.

Com razão, assembleias que têm como pauta a autorização para instalar serviços próprios costumam ser permeadas por discussões acaloradas entre os cooperados empresários e os profissionais liberais, que enxergam nas empresas um fator de grave desvantagem econômica para a cooperativa e perda de competitividade frente a outras operadoras de saúde.

5. ASPECTOS ELETIVOS DOS CARGOS

Outro aspecto polêmico da economia solidária representada pela atividade cooperativa é a administração pelos próprios cooperados, que no caso da cooperativa de médicos traria a vantagem inerente à não submissão de suas atividades liberais à sanha administrativa de profissionais não médicos, supostamente desprovidos do melhor

compromisso ético e percepção técnica científica que uma diretoria de médicos possa oferecer.

A escolha de dirigentes é prevista estatutariamente através de eleição em geral a cada três ou quatro anos. São eleitos o conselho de administração, a comissão ética-disciplinar e o conselho fiscal, este em geral anualmente. Como as Unimed dos grandes centros urbanos brasileiros se tornaram empresas de faturamento significativo, ocorre a intensificação da disputa política entre os cooperados com este perfil pessoal de afinidade pela administração e pela política.

O sistema Unimed brasileiro faturou aproximadamente sessenta e quatro bilhões de reais em 2018, crescendo dez por cento em relação a 2017. Na Unimed Curitiba, conforme seu relatório, o total de ativos em 2020 foi de aproximadamente um bilhão e seiscentos mil reais. A título de comparação, a arrecadação de todo o estado do Paraná está estimada em torno de 39 bilhões de reais, o que dá a dimensão da empresa e de seus recursos. O número de vidas atendidas pela empresa é de meio milhão de pessoas.

A eleição da diretoria realizada no ano de 2018, teve o resultado de mil, quinhentos e sete votos para a chapa vencedora. Pouco cargos se elegem com tão poucos votos para gerenciar tal quantidade de recursos financeiros. A Unimed Curitiba também tem uma quantidade significativa de cargos de direção e empregos, o que a torna um dos grandes empregadores do estado.

A soma dos fatores de uma empresa em que o patrimônio é fragmentado por todos os seus quatro mil e quinhentos cooperados, em que a diretoria é eleita com apenas mil e quinhentos votos, o patrimônio é bilionário, que compra e faz contratos com regras da iniciativa privada e possui tantos cargos de confiança e empregos não sujeitos a concurso público formal nem a normas de controle público como os cargos estatais, gera uma exposição natural a eventuais desvios de administração.

Da mesma maneira que observamos a frequência com que a corrupção permeia a coisa pública, também as cooperativas não estão imunes a diretores e funcionários que, deparados com a oportunidade de algum ganho pecuniário ou político secundário, cedam às tentações e causem prejuízos à empresa. A própria percepção da robustez econômica da empresa tende produzir o entendimento que desvios em última análise não têm impacto tão pronunciado.

Também os efeitos da vaidade sobre os dirigentes eleitos, potencializados pelos colaboradores subalternos, que assim se comportam para a própria preservação de seus cargos, eventualmente levam os diretores a tolerâncias ou iniciativas que lhe são vantajosas como trocas de favores ou satisfação do ego, podem não ser convenientes para a Unimed. Medidas polêmicas ilustradas pelo uso de um camarote no estádio do Clube Atlético Paranaense, frequentado pela diretoria e seus convidados, a princípio diretores de empresas clientes, exemplificam atos que são de difícil explicação, afrontando a austeridade esperada pelos sócios.

6. INCIDÊNCIA TRIBUTÁRIA

Outra vantagem que poderia ser motivadora do cooperativismo como filosofia de associação de médicos, seria o recebimento dos honorários como distribuição de lucros da atividade empresarial da operadora de plano de saúde. Embora isso deturpasse a ideia de cooperativa de trabalho médico, a remuneração nestes moldes seria um grande diferencial de trabalhar para uma Unimed.

Uma vez que a empresa já é tributada como pessoa jurídica, e seus gastos, excetuados os honorários dos cooperados são contabilizados como despesas, os valores repassados aos médicos, equiparados a distribuição de lucros, poderiam estar livres da incidência de imposto de renda, ao menos na primeira e superficial análise.

Infelizmente, a sedimentação da jurisprudência não permitiu tal vantagem. Mesmo com atualizações sucessivas deste assunto, nenhuma liberou os honorários da incidência de imposto de renda -pessoa física.

Conforme a LEI Nº 8.981, DE 20 DE JANEIRO DE 1995.:

Art. 64. O art. 45 da Lei nº 8.541, de 1992, passa a ter a seguinte redação:

"Art. 45. Estão sujeitas à incidência do Imposto de Renda na fonte, à alíquota de 1,5%, as importâncias pagas ou creditadas por pessoas jurídicas a cooperativas de trabalho, associações de profissionais ou assemelhadas, relativas a serviços pessoais que lhes forem prestados por associados destas ou colocados à disposição.

§ 1º O imposto retido será compensado pelas cooperativas de trabalho, associações ou assemelhadas com o imposto retido por ocasião do pagamento dos rendimentos aos associados.

§ 2º O imposto retido na forma deste artigo poderá ser objeto de pedido de restituição, desde que a cooperativa, associação ou assemelhada comprove, relativamente a cada ano-calendário, a impossibilidade de sua compensação, na forma e condições definidas em ato normativo do Ministro da Fazenda."

Assim, o médico é tributado como pessoa física pela distribuição dos lucros de sua própria empresa operadora de saúde. Ironicamente, para as outras operadoras ele não só pode dar "nota fiscal", como frequentemente é obrigado a fazê-lo pelos hospitais para ocorrer o repasse. Em palavras coloquiais, quando o médico é dono da operadora, ele é tributado como pessoa física, quando ele trabalha genuinamente como liberal, ele é submetido à "pejotização".

7. VANTAGENS COMPETITIVAS OU DESVANTAGENS DOS COOPERADOS – A DEMONIZAÇÃO DAS CONDUTAS

Um último aspecto do relacionamento do profissional liberal com sua cooperativa é a demonização das condutas que elevam os custos no tratamento dos pacientes.

A medicina é uma ciência em evolução, cada vez mais permeada por recursos tecnológicos como exames de imagem, procedimentos minimamente invasivos, monitorização em tempo real de processos patológicos ou de tratamentos, tecnologia bioquímica, genética e recursos de informática. Em um futuro próximo, utilizaremos algoritmos de inteligência artificial, desenvolvidos com grande investimento de recursos.

Conforme o artigo segundo do Código de Ética Médica: "II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional."

Assim, a chegada de novas tecnologias, de interesse pessoal do paciente, de interesse profissional do médico, muitas vezes vai de encontro ao equilíbrio financeiro da gestão financeira da operadora. Como tais mudanças são progressivas, as primeiras tentativas de liberação destas tecnologias são muitas vezes recebidas pela cooperativa como ofensivas e motivadas por charlatanismo.

Com o compartilhamento de literatura de embasamento com a auditoria da operadora, a resistência técnica formal vai sendo vencida progressivamente. Infelizmente



isso não impede que, motivadas pelos maus efeitos dos custos inerentes à tecnologia, o médico cooperado ou os especialistas de determinadas especialidades sejam objeto de reprovação pelos integrantes da cooperativa, em decorrência da impressão de que, ao usar medicina mais moderna, ele estaria espoliando a empresa de recursos financeiros necessários à sua saúde empresarial.

Portanto o pertencimento à cooperativa, na medida em que vincula interesses potencialmente contraditórios que são o paciente e sua saúde, o sucesso e estabilidade financeira da cooperativa, e a evolução profissional e mercadológica do médico em sua atividade liberal, gera, para dizer o mínimo, situações antagônicas recorrentes. Acrescente-se a essas dificuldades profissionais o viés da administração pública, com a eleição da diretoria, a administração de cargos e salários dos colaboradores, a participação societária, com seu custo inicial de participação e o risco empresarial inerente à má gestão financeira, e teremos uma realidade de conflitos permeando a profissão com esta economia solidária.

7. CONCLUSÃO

As cooperativas de trabalho médico, na figura das Unimeds do Brasil, possuem suas qualidades e objetivos louváveis, como a preservação da profissão médica como atividade liberal, a reserva de um segmento do mercado onde o médico possa participar empresarialmente na administração, e como empresa, influencie o mercado da remuneração médica favoravelmente à dignidade profissional.

Novas propostas para atingir estes objetivos, porém, se fazem urgentes, uma vez que a atividade empresarial de medicina de grupo está cada vez mais regulamentada, com exigências de atendimento, de administração e econômicas cada vez mais fortes, concentrando ainda mais o mercado em poucas operadoras.

Confundindo seu papel de cooperativa de serviços médicos com o de operadora de planos de saúde, as Unimeds englobam em sua atividade empresarial interesses antagônicos dos cooperados entre si, dos cooperados contra a cooperativa, e também do melhor atendimento de seus clientes.

A atividade empresarial na operação da saúde complementar também tem antagonismos éticos relevantes, considerando que sua própria existência depende da imperfeição do sistema de saúde estatal para que seu mercado persista elevado.

O médico autônomo, liberal, se encontra premido pelos vetores triangulares dos interesses do paciente, razão de ser de seu trabalho, das cooperativas, que necessitam da saúde financeira e os seus próprios, na sua evolução e aprimoramento profissional.

Trabalhando na missão que escolheu, o médico se vê com a pior parte de cada faceta de sua atividade.

Enquanto profissional liberal se vê assalariado, não podendo definir seus honorários individualmente e tendo que receber da operadora de acordo com a tabela de honorários por esta estabelecida.

Enquanto assalariado, se percebe empresário, sustentando seu consultório, sem remuneração de férias, décimo terceiro, garantia de pacientes, e sua eventual invalidez sendo coberta apenas pelo sistema estatal ou outro, privado, custeado por si mesmo.

Enquanto empresário, se descobre apenas passageiro da própria empresa, sujeito a uma diretoria fragilmente eleita com grande poder decisório, grandes valores monetários envolvidos, grandes oportunidades de desvios administrativos, e fracos processos controladores. Este empresário, embarcado junto a milhares de colegas de especialidades heterogêneas, responderá com seu próprio patrimônio por eventual falência da cooperativa, como já ocorrido em outras singulares do sistema Unimed.

BIBLIOGRAFIA

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução CONSU nº 8 de 03/11/1998**, publicado no DOU em 4 nov 1998. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=r aw&id=MzA3>.

ANDRADE, Monica Viegas (coord.). Estrutura de concorrência no setor de operadoras de planos de saúde no Brasil / Monica Viegas Andrade (coord.). [et al.]. - Brasília, DF : OPAS; Rio de Janeiro : ANS, 2015. 106p: (Série Cooperação em Saúde Suplementar no Brasil).



BRASIL. **Código de Ética Médica**. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.974/2011 (Publicada no D.O.U. 19 de agosto de 2011, n. 160, Seção I, p. 241-4). Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1974>.

BRASIL. LEI Nº 8.981, DE 20 DE JANEIRO DE 1995.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. **Cad. Saúde Pública**, vol.17 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2001.

JERÔNIMO, Fátima Behncker. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2004-gag-0948.pdf>. Acesso em 15 de maio de 2021.

OCKE-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SILVEIRA, Fernando Gaiger. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado?. **Rev. econ. contemp.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 157-185, Apr. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-98482006000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 24 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S1415-98482006000100007>.

UNIMED Curitiba. **Estatuto Social**. Disponível em <https://www.unimedcuritiba.com.br/wps/wcm/myconnect/62736e22-3d33-4142-afd1-b8ea5a2b07f1/Estatuto.pdf?MOD=AJPERES&ContentCache=NONE&CACHE=NONE&CVID=nuibV17>