

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS –UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE
PRODUÇÃO E SISTEMAS
NÍVEL MESTRADO**

CAROLINE LIMA DE ALMEIDA COSTA

**GESTÃO DA CADEIA DE FORNECEDORES DE SERVIÇOS NA SAÚDE
SUPLEMENTAR: ELEMENTOS INDUTORES AO CREDENCIAMENTO E
DIRETRIZES PARA O DESENVOLVIMENTO DA REDE CREDENCIADA**

SÃO LEOPOLDO

2013

CAROLINE LIMA DE ALMEIDA COSTA

**GESTÃO DA CADEIA DE FORNECEDORES DE SERVIÇOS NA SAÚDE
SUPLEMENTAR: ELEMENTOS INDUTORES AO CREDENCIAMENTO E
DIRETRIZES PARA O DESENVOLVIMENTO DA REDE CREDENCIADA**

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção e Sistemas.

Orientador: Prof. Dra. Miriam Borchardt

SÃO LEOPOLDO

2013

CAROLINE LIMA DE ALMEIDA COSTA

**GESTÃO DA CADEIA DE FORNECEDORES DE SERVIÇOS NA SAÚDE
SUPLEMENTAR: ELEMENTOS INDUTORES AO CREDENCIAMENTO E
DIRETRIZES PARA O DESENVOLVIMENTO DA REDE CREDENCIADA**

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção e Sistemas.

Aprovado em 22 de fevereiro de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Márcia Terra da Silva – Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Giancarlo Medeiros Pereira – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Prof. Dr. Guilherme Luís RoeheVaccaro – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Visto e permitida a impressão
São Leopoldo,

Prof. Dra. Miriam Borchardt
Coordenadora executiva do PPG em Engenharia de Produção e Sistemas

C837g Costa, Caroline Lima de Almeida
Gestão da cadeia de fornecedores de serviços na saúde suplementar : elementos indutores ao credenciamento e diretrizes para o desenvolvimento da rede credenciada / por Caroline Lima de Almeida Costa. – 2013.

95 f. : il., 30cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção e Sistemas, 2013.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Miriam Borchardt.

1. Fornecedores. 2. Gestores. 3. Operadoras de plano de saúde. 4. Serviços de saúde. 5. Diretrizes. I. Título.

CDU 658.7

AGRADECIMENTOS

Nos tempos da graduação, costumava observar meus professores e pensar “*será que um dia eu serei como eles?*”. Sonhava em fazer um mestrado, para poder estar em sala de aula, repassando o conhecimento e contribuindo para o desenvolvimento do ser humano. O tempo passou, e com muito esforço este sonho está se tornando realidade.

O caminho percorrido nestes dois longos anos foi árduo, mas ao mesmo tempo gratificante. Desafios, surpresas, obstáculos e descobertas me acompanharam nos últimos 24 meses. Chego aqui com a certeza do dever cumprido, e da minha evolução como pessoa e como profissional.

Gostaria de agradecer a algumas pessoas que fizeram a diferença nesta trajetória.

Primeiramente agradeço a Deus, que me iluminou e me deu forças para seguir adiante.

Agradeço aos meus amados pais, que sempre me incentivaram e estiveram ao meu lado.

Ao meu amado marido Marcelo, pela paciência, compreensão, e por ter acreditado que seria possível chegar até aqui.

A minha orientadora, Prof. Dra. Miriam Borchardt, que esteve presente desde a minha entrevista de seleção até a banca de defesa da dissertação. Obrigada pela disponibilidade, dedicação e pela parceria. Levarei seus ensinamentos como exemplo por toda a vida.

Aos professores do programa, por todo o aprendizado durante o curso, e em especial ao Prof. Dr. Giancarlo Medeiros Pereira, que contribuiu com a minha evolução, e com quem aprendi a reconhecer “artigos de família”.

Agradeço também todos os guerreiros colegas mestrandos da turma de 2011, em especial a querida colega Bruna Lazzarotto, pelo incentivo diário, pela parceria e pelo companheirismo ao longo destes dois anos. Que venham muitas produções!

Agradeço a todos os gestores e fornecedores que colaboraram com esta pesquisa, além de todas as pessoas que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

Por fim, agradeço a Universidade do Vale do Rio dos Sinos, que por muitos anos me acolheu como aluna, e agora me acolhe também como colaboradora.

MUITO OBRIGADA!

*“Sem o esforço da busca torna-se impossível
a alegria da conquista”*

William Douglas

RESUMO

A regulamentação dos planos de saúde no Brasil trouxe avanços significativos em relação ao funcionamento das operadoras de planos de saúde, impondo normas de funcionamento e fiscalização. As operadoras, por sua vez, enfrentam pressões crescentes causadas pelo aumento dos seus custos operacionais. Os serviços da operadora são fornecidos por meio de uma rede de fornecedores a ela credenciados, que oferecem o cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde. A partir do credenciamento, o fornecedor passa a representar a operadora na execução do atendimento ao beneficiário. Esta pesquisa tem por objetivo investigar os elementos que induzem os fornecedores ao credenciamento junto aos planos de saúde, e propor um conjunto de diretrizes para o desenvolvimento da gestão da cadeia de fornecedores de serviços na saúde suplementar. Dois estudos de caso foram executados e apresentados em artigos distintos. No primeiro estudo de caso, que investigou os elementos indutores ao credenciamento, foram entrevistados 12 fornecedores. No segundo estudo de caso, focado em propor diretrizes para o desenvolvimento da rede credenciada, foram entrevistados 10 fornecedores e 10 gestores atuantes junto a operadoras de planos de saúde. Os achados indicam que os principais elementos indutores ao credenciamento estão relacionados a garantia de demanda, garantia de pagamento e captação de novos clientes. A pesquisa também propôs um conjunto de diretrizes para o desenvolvimento da gestão da cadeia, considerando elementos como seleção e avaliação do fornecedor, orientações da operadora, remuneração, incentivo da operadora e indicadores. Os resultados apontam que assim como as operadoras, os fornecedores de serviços de saúde e as operadoras ainda carecem de desenvolvimento no que diz respeito à gestão da cadeia e aos serviços prestados.

Palavras-chave: Fornecedores. Gestores. Operadoras de Plano da Saúde. Serviços de Saúde. Diretrizes.

ABSTRACT

The government regulation of health plan operators in Brazil, with its operating and inspection standards, has brought about significant advancements as regards the way health plans serve their customers. The health plan operators, however, are faced with the increasing pressure from soaring operating costs. The health plan operators use the services of a chain of accredited health care providers to serve their beneficiaries with a full range of health care services. When these health care providers join up with the health plan operators, they start acting as their representatives in providing the services beneficiaries require. This research work looks into the elements that induce the suppliers to join up with the health plan operators and proposes a set of guidelines for the development of a management system for the chain of non-governmental health service providers. Two case studies were carried out and presented in distinct articles. In the first case study, which looks into the elements that lead health care providers to join the health plan operators, 12 health care providers were interviewed. In the second case study, aimed at proposing guidelines for the development of the chain of health care providers, 10 health care providers and 10 managers were interviewed who work closely with health plan operators. The findings indicate that the major elements that induce health care providers to join up are the prospect of an assured demand, assurance of payment and an increased customer base. The research proposed a set of guidelines for the development of a management system for the chain of providers, taking into account elements such as provider selection and evaluation, operator guidance, compensation, operator incentive and indicators. The results show that the health care providers and the health plan operators still lack development as regards the management of the chain and the services rendered.

Key words: Health Care Providers. Managers. Health Plan Operators. Health Services. Guidelines.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Regulamentação Agência Nacional de Saúde.....	15
Figura 2: Etapas do Método Científico	20
Figura 3: Diferentes Estágios de Integração da Cadeia de Suprimentos.....	31
Figura 4: Etapas do Método de Trabalho	35
Figura 5: Representatividade das Categorias Pesquisadas na Rede Credenciada.....	37
Figura 6: Relação Tecnologia e Relacionamento.....	40
Figura 7: Etapas do Método de Trabalho	54
Figura 8: Utilização dos Planos de Saúde no Brasil	55
Figura 9: Gestão da Cadeia de Fornecedores na Saúde Suplementar	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Artigos Publicado em Bases Internacionais e Nacionais.....	18
Quadro 2: Respostas Similares em Todas as Categorias	38
Quadro 3: Respostas Similares em Duas Categorias	39
Quadro 4: Respostas Diferentes nas Quatro Categorias	39
Quadro 5: Elementos paraDesenvolvimento de Fornecedores de Serviços de Saúde	51
Quadro 6: Síntese dos Principais Elementos.....	62
Quadro 7: Diretrizes.....	65
Quadro 8: Diretrizes para o Desenvolvimento da Rede Credenciada.....	73

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANS – Agência Nacional de Saúde

B2B – Business-to-Business

SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	15
1.2 OBJETIVOS	16
1.2.1 Objetivo Geral	17
1.2.2 Objetivos Específicos	17
1.3 JUSTIFICATIVA	17
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO	19
2 METODOLOGIA.....	20
2.1 METODOLOGIA DO ARTIGO 1.....	20
2.1.1 Método de Trabalho	21
2.1.2 Unidade de Análise e Seleção da Amostra	21
2.1.3 Coleta de Dados	22
2.1.4 Análise de Dados.....	22
2.2 METODOLOGIA DO ARTIGO 2.....	23
2.2.1 Método de Trabalho	23
2.2.2 Unidade de Análise e Seleção da Amostra	24
2.2.3 Coleta de Dados	25
2.2.4 Análise de Dados.....	25
2.3 DELIMITAÇÃO.....	26
3 APRESENTAÇÃO DO ARTIGO 1.....	28
RESUMO.....	28
Palavras-chave	28
3.1 INTRODUÇÃO.....	29
3.2 REFERENCIAL TEÓRICO	30
3.2.1 Gestão da Cadeia de Suprimentos no Setor de Serviços.....	30
3.2.2 Desenvolvimento de Fornecedores de Serviços de Saúde	32
3.3 METODOLOGIA.....	34
3.3.1 Método de Trabalho	34
3.3.2 Unidade de Análise e Seleção da Amostra	36
3.4 ESTUDO DE CASO	37
3.4.1 Entrevistando os Fornecedores	38

3.5 ANÁLISE.....	40
3.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS CITADAS NO ARTIGO	44
4 APRESENTAÇÃO DO ARTIGO 2.....	48
RESUMO.....	48
Palavras-chave	48
4.1 INTRODUÇÃO.....	49
4.2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	50
4.2.1 Saúde Suplementar no Brasil	50
4.2.2 Desenvolvimento de Fornecedores de Serviços.....	51
4.2.3 Desenvolvimento de Fornecedores de Serviços de Saúde	53
4.3 METODOLOGIA.....	54
4.3.1 Método de Trabalho	54
4.4 ESTUDO DE CASO	57
4.4.1 Coleta de Dados Junto aos Fornecedores.....	57
4.4.2 Coleta de Dados Junto aos Gestores	59
4.5 ANÁLISE E PROPOSIÇÃO DE DIRETRIZES	61
4.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS CITADAS NO ARTIGO	69
5 ANÁLISE	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE PESQUISA FORNECEDOR – ARTIGO 1.....	87
APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE PESQUISA GESTORES ARTIGO 2.....	88
APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE PESQUISA GESTORES ARTIGO 2	89
APÊNDICE D – SÍNTESE DAS ENTREVISTAS DO ARTIGO 1 POR CATEGORIA	90
APÊNDICE E – SÍNTESE DAS RESPOSTAS FORNECEDORES E GESTORES ARTIGO 2.....	94

1INTRODUÇÃO

O mercado brasileiro dos planos privados de assistência à saúde está relacionado, desde o seu início, à urbanização, à industrialização do país, à renda e ao emprego formal. Sua área de ação compreendia um mercado, que se expandiu desordenadamente, constituído por diversos tipos de planos e de operadoras que atendiam a uma grande variedade de interesses e nichos de mercado (ALBUQUERQUE *et al.*, 2007).

Na década de 90 era possível identificar uma vigorosa ampliação do setor de saúde suplementar, sendo que os seguros cresceram 63% em 1994 e 40% em 1995. Em 1996, as operadoras ativas possuíam juntas aproximadamente 40 milhões de beneficiários (CARVALHO e CECÍLIO, 2007). Entre 1991 e 1998 ocorreu a regulamentação dos planos de saúde que culminou na aprovação da Lei nº. 9.656/98, que rege a saúde suplementar, setor que abrange todas as operadoras de planos de saúde ativas no país (OCKÉ-REIS, 2006). Esta lei regulamentou a entrada do capital estrangeiro no mercado de saúde e os direitos de assistência, tendo em vista a racionalização crescente das práticas das operadoras, atuando na lógica do mercado (OCKÉ-REIS, 2006).

A regulamentação provocou forte impacto econômico e financeiro nas empresas de serviços de saúde suplementar, apesar da tendência de expansão do mercado. Dados referentes ao período de 2002 a 2008 mostram uma redução de 478 operadoras no período, uma queda de 27,4%, configurando maior concentração no setor. Neste mesmo período também houve um incremento de 9,8 milhões de beneficiários (31,5%) e um aumento de R\$ 30 milhões no faturamento (20,6%) (SOUZA e SAVALAI, 2010).

Conforme dados da Agência Nacional de Saúde – ANS, órgão que regula o mercado da saúde suplementar no país desde o ano 2000, em junho de 2012 foram contabilizados 48,7 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e 17,6 milhões em planos exclusivamente odontológicos. A receita de contraprestações das operadoras médico-hospitalares alcançou 82,4 bilhões de reais em 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A maioria (77,5%) dos planos privados e seguros de saúde fornecem serviços a empregadores, que oferecem planos de saúde para seus empregados (PAIM *et al.*, 2011). As empresas que contratam planos de saúde buscam operadoras que cumpram regras de qualidade, o que aumenta a concorrência neste mercado, considerando o número de operadoras de plano de saúde operando em uma mesma região (GUIMARÃES e ALVES, 2009).

Um conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, que oferecem o cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção, formam a rede de fornecedores de serviços que prestarão atendimento aos beneficiários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Os fornecedores de serviço e saúde deveriam estar conscientes de seus direitos e deveres com a operadora, e seu grau de satisfação frente à realidade profissional e salarial na qual estão inseridos (D'ÁVILA, 2007). Para manter-se credenciado, o fornecedor deverá cumprir as exigências da operadora, caso contrário, ocorrerá o descredenciamento do serviço com a rede prestadora (RIBEIRO *et al.*, 2008).

Deve-se reconhecer que há interesses antagônicos na relação entre a operadora e a sua rede credenciada. Para a operadora, quanto menor for a utilização dos beneficiários, maior a sua rentabilidade e, para o prestador de serviços da rede credenciada, quanto maior for a utilização do usuário do plano de saúde, maior o seu retorno (SOUZA e SAVALAI, 2010). Tal aspecto é reforçado por Jorge (2008) que destaca que operadoras, fornecedores e órgãos de defesa do consumidor reafirmaram práticas assistenciais hegemônicas, bem como a oferta de procedimentos desassociada das necessidades da população beneficiária, evidenciando interesses de mercado e o descompromisso com a qualidade assistencial (JORGE, 2008).

Embora a satisfação do beneficiário seja um complexo constructo multidimensional, é considerado como um dos principais indicadores de qualidade, que não só depende das características dos fornecedores e do tipo de cuidado, mas também nos atributos do beneficiário (BERCHTOLD *et al.*, 2011). Especificamente, na área da saúde, a satisfação pode estar relacionada com a capacidade de resposta do profissional de saúde, independente da sua especialidade, o tempo de espera, o acesso ao tratamento, as instalações, os equipamentos e toda a atenção dispensada ao beneficiário (HAQUE *et al.*, 2012).

A qualidade do relacionamento com os clientes tem sido estabelecida como um critério de sucesso para fornecedores de serviços, estimulando a satisfação e a fidelidade, e surge como um determinante de satisfação do cliente, que por sua vez afeta a retenção de clientes e rentabilidade a longo prazo (PARIDA e BARKSI, 2011).

O ganho de uma sustentável vantagem competitiva sobre os concorrentes tornou-se uma das armas estratégicas para uma empresa de serviço (PARIDA e BAKSI, 2011). No mercado da saúde suplementar não é diferente. Passados mais de dez anos da criação da ANS, que estabeleceu regras que padronizam os serviços prestados pelas operadoras, observa-se um processo de concorrência predatória por parte dos planos de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O papel do fornecedor é fundamental nos serviços de saúde. Neste setor a participação do cliente na produção dos serviços, com críticas, sugestões, e manifestação das suas necessidades vai influenciar todo processo, desde a especificação até a entrega. Se a cooperação do fornecedor for fraca pode levar potencialmente a tratamentos ineficazes e inseguros, prejudicando assim o contratante (neste caso a operadora) frente ao cliente final (WESTERT *et al.*, 2008).

Há um interesse crescente na investigação do domínio da gestão da cadeia de fornecimento no setor de serviços, onde o tempo de fluxo determina a ligação com cliente, devido à personalização inerente a muitos serviços (SAMUEL *et al.*, 2010). Nos serviços de saúde, as operadoras enfrentam pressões crescentes causadas pelo aumento dos seus custos operacionais, com influência de três principais fatores: a inflação geral, a incorporação contínua de tecnologias emergentes para diagnóstico e tratamento e a elevada taxa de utilização dos recursos e serviços de saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011).

Além disso, algumas operadoras buscam incentivar seus fornecedores credenciados a evitar desperdícios na assistência. Para isso, alteram os métodos de pagamento vinculando a remuneração ao desempenho por atendimento, porém enfrentam dificuldades na obtenção de indicadores que meçam adequadamente este desempenho (VIANA *et al.*, 2012).

Apesar da relevância do tema e da importância do segmento das operadoras de saúde no Brasil, existem questões ainda não analisadas e registradas sobre essa modalidade de organização na literatura nacional, no que diz respeito aos fatores que motivam a integração vertical entre operadoras e fornecedores, e as perspectivas futuras relacionadas a essa integração (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011).

Sabendo que o processo estratégico para a cadeia de fornecimento de cuidados de saúde é complexo (SAMUEL *et al.*, 2010), e considerando que a maior eficiência ao subsistema privado não será suficiente para afiançar a concorrência regulada (OCKÉ-REIS, 2006), o tema proposto para pesquisa no presente trabalho é a gestão da cadeia de fornecedores de serviços na saúde suplementar, por meio dos elementos indutores ao credenciamento e da proposição de diretrizes para o desenvolvimento da rede credenciada.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Desde a regulamentação da saúde suplementar no Brasil, com a promulgação da Lei Federal nº 9.656/98 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através da Lei Federal nº 9.961/00, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), ocorreram avanços significativos relativos à constituição e ao funcionamento das operadoras de planos de saúde, como o disposto sobre registro, normas de funcionamento e fiscalização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), impondo um novo padrão institucional à entrada, permanência e saída das mesmas no mercado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Em 2002, logo após a regulamentação, a ANS já acompanhava os reflexos dessa fase de transição, principalmente na relação entre as operadoras e seus fornecedores de serviços, responsáveis diretos pelo atendimento aos usuários. A agência busca subsídios para estabelecer os parâmetros do relacionamento entre operadoras e fornecedores na ótica da regulação e, principalmente, os compromissos de ambos com a assistência à saúde do beneficiário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Embora atue diretamente na regulação das operadoras de planos de saúde, as normas da ANS também refletem nos serviços prestados à saúde suplementar e na utilização dos beneficiários. O contato do beneficiário costuma ser com a operadora, porém, ele pode acessar a ANS sempre que alguma norma prevista na regulamentação não for cumprida pelos planos de saúde. A rede credenciada também tem reflexos da regulamentação da ANS de forma indireta, já que tudo que é relacionado ao credenciamento é negociado junto a operadora, que por sua vez, deve seguir as regras da ANS. Esta relação é apresentada na Figura 1.

Figura 1:Regulamentação Agência Nacional de Saúde



Fonte: Elaborado pela Autora

Cabe salientar que a tomada de decisão na contratação de terceiros apoia-se em três passos: avaliação, pesquisa de fornecedor e ação. Estes passos são determinantes para a longevidade da relação, que podem ser decisivos também para a rentabilidade de longo prazo (TSIROSet *al.*, 2009). Portanto, é importante não só impor o que está sendo entregue, mas também como está sendo entregues, como o profissional trata o cliente e como o cliente é envolvidos na produção de serviços (MEIJBOOMET *al.*, 2011).

Os sistemas de saúde enfrentam ineficiências de pagamento que podem estar relacionadas a desconsideração de características particulares dos fornecedores, resultando na sua insatisfação (YASOUBI e ROBERTS, 2012). O pagamento adequado pode servir como solução contra a baixa motivação, melhorando o desempenho do fornecedor de serviço de saúde (SONGSTAD *et al.*, 2012). Uma das alternativas é o pagamento “*free-for-service*” ou pagamento por desempenho, que estimula o desempenho do fornecedor e a qualidade do serviço prestado (EIJKENAAR *et al.*, 2013). Cabe salientar que os problemas em relação ao pagamento podem refletir na falta de assistência ao beneficiário, por dificuldades financeiras dos fornecedores (SHIOZER *et al.*, 2011).

Quando o atendimento acontece em rede credenciada, a gestão da cadeia de é fundamental para o relacionamento com os fornecedores, que conseqüentemente refletirá no serviço prestado e na satisfação do cliente. Se ocorrerem muitas reclamações contra um fornecedor de serviços por parte do beneficiário, é instaurado um processo administrativo de credenciamento, com o objetivo de manter a satisfação do cliente (CAMPOS, 2004).

O cenário apresentado leva a formulação da seguinte questão: **Como propor diretrizes de gestão para a cadeia de fornecedores de serviços na saúde suplementar?** Os objetivos do trabalho serão apresentados a seguir, com a finalidade de estudar, pesquisar e avaliar esta questão.

1.2 OBJETIVOS

O objetivo geral e os objetivos específicos desta dissertação estão descritos a seguir.

1.2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste trabalho é **propor um conjunto de diretrizes para o desenvolvimento da gestão da cadeia de fornecedores de serviços na saúde suplementar.**

1.2.2 Objetivos Específicos

Para atender o objetivo geral proposto e responder ao problema de pesquisa, será necessário atender alguns objetivos específicos.

1) Identificar e descrever os elementos da gestão da cadeia de suprimentos que podem ser aplicados na gestão da cadeia de fornecedores de serviços;

2) Investigar e identificar os elementos diferenciadores e indutores que levam os fornecedores de quatro diferentes categorias ao credenciamento junto a operadoras de planos de saúde.

1.3 JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa se justifica de forma acadêmica e prática, estando a justificativa acadêmica embasada no conhecimento teórico adquirido, e a justificativa prática relacionada a realidade que envolve o tema escolhido.

Do ponto de vista acadêmico, o trabalho se justifica com o levantamento bibliográfico feito entre os meses de março de 2011 e dezembro de 2012, por meio de consultas realizadas nas principais bases internacionais, assim como em importantes bases nacionais. Foram pesquisados artigos que tratam de assuntos relacionados à gestão da cadeia de suprimentos, serviços e serviços de saúde, especialmente os publicados nos últimos cinco anos. Embora existam muitos estudos publicados sobre gestão da cadeia de suprimentos na área de serviços e serviços de saúde, poucas pesquisas relacionam este assunto aos fornecedores de serviços da área da saúde que atuam como credenciados a operadoras de planos de saúde. O resultado desta busca é apresentada sinteticamente no Quadro 1.

Quadro 1: Artigos Publicados em Bases Internacionais e Nacionais

PERIÓDICOS INTERNACIONAIS	
<i>Keywords:; health plans, health services, supply chain services</i> <i>In Abstracts and Titles; Just journals; Date of publication > 2007</i>	
Bases Pesquisadas	Quantidades
Ebscohost: Academic Search Premier, Business Source Complete and Academic Search Complete	147
Emerald	50
	Total 197
PERIÓDICOS NACIONAIS	
Palavras-chave; planos de saúde, serviços de saúde, saúde suplementar(para contextualização cenário) Em todos os índices, data de publicação >2000	
Bases pesquisadas	Quantidades
Scielo	28
	Total 28

Fonte: Elaborado pela Autora

Do ponto de vista gerencial, cabe salientar que o setor de serviços está se tornando cada vez mais importante no mundo inteiro (SAMUEL *et al*, 2010). Abrange uma parcela das atividades econômicas, que representam de cinquenta a setenta por cento do PIB nos países desenvolvidos (POLLACK, 2009). É o maior e mais rápido segmento em crescimento na economia dos Estados Unidos de acordo com o relatório elaborado pelos EUA do Instituto Nacional de Padrões e Tecnologia (SAMUEL *et al*, 2010).

Tendo este cenário como base, o desenvolvimento dos serviços por meio da gestão de processos surge como uma possibilidade que envolve esforços para definir e mapear processos, identificar gargalos, melhorar e designar responsáveis pelos procedimentos, criando assim uma estrutura de gestão do fluxo de valor que cruzamentos entre os departamentos.

Neste contexto, as técnicas de gestão que se originam de fabricação começam a se disseminar no setor de saúde (HELLSTROM *et al.*, 2010). Esta interação ainda pode ser melhorada por meio da aplicação das técnicas de gestão da cadeia de suprimentos junto aos fornecedores os serviços de saúde, cuja coordenação tende aumentar o desempenho da cadeia dos fornecedores de serviços de saúde (VRIES e HUIJMAN, 2011).

Considerando que os planos de saúde constituem no Brasil uma importante via de atendimento ao cidadão, e que a regulação deste setor estimula a concorrência entre as operadoras (LEAL e MATOS, 2009), entende-se que os fatores que levam a retenção e

satisfação dos clientes estão diretamente relacionados aos fornecedores, que prestam o serviço diretamente ao consumidor. Desta forma, se houver a colaboração intensiva entre as organizações de saúde, os benefícios oferecidos para os clientes em termos de tempo e qualidade de atendimento serão enfatizados (VRIES e HUIJMAN, 2011).

Portanto, do ponto de vista gerencial a pesquisa torna-se relevante por propiciar conhecimentos novos à área saúde suplementar, cuja atuação é significativa no mercado da saúde no Brasil, contribuindo com as operadoras de planos de saúde a partir do desenvolvimento de fornecedores de serviços de saúde.

Do ponto de vista acadêmico, a pesquisa contribui com informações importantes sobre a relação entre operadoras de planos de saúde e seus fornecedores de serviços. Até então, os artigos pesquisados sobre este assunto tratam em sua maioria sobre fornecimento produtos para este setor, e pouco sobre os fornecedores que atuam terceirizando serviços para as operadoras de planos de saúde.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Os achados desta pesquisa são estruturados e apresentados em formato de artigo. A estrutura do trabalho é composta pelos capítulos relacionados a seguir.

O primeiro capítulo apresenta a **Introdução**, onde também constam o problema de pesquisa, os objetivos (geral e específico), a justificativa e a estrutura deste trabalho.

O segundo capítulo apresenta a **Metodologia** utilizada neste estudo. O método de pesquisa e o método de trabalho estão divididos em duas etapas, diretamente relacionadas a cada um dos dois artigos apresentados nas seções seguintes.

O terceiro capítulo apresenta o **Artigo 1**, intitulado *Por que os fornecedores de serviços de saúde permanecem credenciados aos planos de saúde no Brasil?*, que atenderá ao objetivo específico 1 e 2.

O quarto capítulo apresenta o **Artigo 2**, intitulado *Desenvolvimento de diretrizes para a gestão da cadeia de fornecedores de serviços médicos na saúde suplementar*, que atenderá ao objetivo específico 1 e ao objetivo geral.

O quinto capítulo apresenta a **Discussão dos Resultados** e as análises derivadas dos Artigos 1 e 2, que juntas atendem ao objetivo geral e aos objetivos específicos deste estudo.

O sexto capítulo apresenta a **Conclusão** e as sugestões de novas pesquisas.

2METODOLOGIA

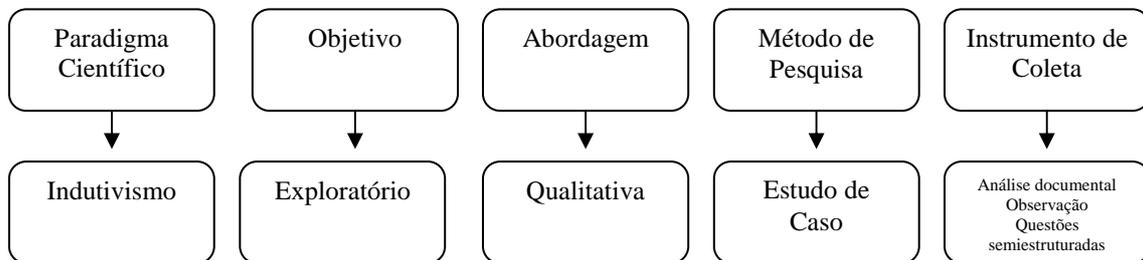
A seguir são apresentadas as metodologias utilizadas para cada artigo que compõe este trabalho. Ambos têm em comum a escolha do estudo de caso como técnica de pesquisa.

2.1 METODOLOGIA DO ARTIGO 1

O Artigo 1 desta dissertação tem por objetivo pesquisar as razões que levam os fornecedores de serviços de saúde a fornecer serviços às operadoras de planos de saúde no Brasil.

As etapas do método científico utilizado neste artigo estão ilustradas na Figura 2.

Figura 2: Etapas do Método Científico



Fonte: Elaborado pela Autora

A pesquisa foi realizada com uma abordagem qualitativa. Quanto aos objetivos, o estudo foi de caráter exploratório, do tipo fenomenológico indutivista. Como método foi utilizado o estudo de caso, tendo como instrumento de coleta entrevistas feitas por meio de um questionário semiestruturado, com questões abertas, além de análise de documentos e observação participante.

2.1.1 Método de Trabalho

As etapas para o desenvolvimento do método do trabalho do Artigo 1 são apresentadas a seguir

1. *Framework* teórico sobre os elementos da gestão da cadeia de suprimentos que podem ser aplicados na gestão da cadeia de fornecedores de serviços, e serviços de saúde;
2. Identificação das características de quatro categorias de serviços de saúde a partir de análise de documentos e observação participante;
3. Elaboração e testagem dos instrumentos de coleta de dados, onde foram realizadas questões abertas, considerando a observação direta que ocorreu na visita pessoal realização da entrevista, e ainda a análise documental a partir de documentos fornecidos pela operadora e pelo fornecedor;
4. Entrevistas com 3 fornecedores de cada uma das seguintes categorias: Odontologia, Laboratório de Análises Clínicas, Fisioterapia e Clínica de Especialidades Médicas. A entrevista foi realizada com o proprietário ou com o responsável pelo local;
5. Investigação dos elementos diferenciadores e indutores que levam os fornecedores ao credenciamento junto a operadoras de planos de saúde a partir dos resultados das entrevistas;
6. Agrupamento dos resultados por categoria;
7. Triangulação dos dados e análise dos resultados, por meio da comparação dos resultados de cada categoria com o *framework* teórico, dando mais suporte empírico para a teoria em questão.

2.1.2 Unidade de Análise e Seleção da Amostra

A unidade de análise escolhida é composta por um grupo de 12 fornecedores credenciados a uma operadora de plano de saúde considerada de médio porte de acordo com os critérios estabelecidos pela ANS. A sede administrativa da operadora em questão fica localizada no Vale do Rio dos Sinos, que pertence a Região da Grande Porto Alegre. A operadora informou que no ano de 2012 sua carteira de clientes era composta por aproximadamente de 110.000 beneficiários, que utilizam os seus serviços. A operadora

também informou que no ano de 2012 sua rede credenciada era formada por cerca de 1.000 fornecedores de serviços de saúde, distribuídos entre 34 cidades da Região da Grande Porto Alegre, Região Serrana, Vale do Paranhana e Litoral do Rio Grande do Sul.

Os 12 fornecedores fazem parte de 4 diferentes especialidades de serviços, sendo 3 fornecedores para cada categoria. A escolha dos 3 fornecedores por categoria se deu por indicação da operadora, que apontou os 3 fornecedores que mais se destacavam nos quesitos custo, qualidade e relacionamento. Como requisito, os serviços devem ser credenciados a mais quatro planos de saúde, além da operadora em questão. A amostra é composta pelas seguintes categorias: Odontologia, Laboratório de Análises Clínicas, Fisioterapia e Clínica de Especialidades Médicas. Estas especialidades foram escolhidas pois juntas somam 50% do total de fornecedores credenciados à operadora. Além disso, é importante considerar que juntas estas quatro especialidades atenderam a 87% da demanda de beneficiários de planos de saúde no ano de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

2.1.3 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada junto a fornecedores credenciados a uma operadora de planos de saúde.

Os instrumentos de coleta de dados foram elaborados a partir do *framework* teórico e das investigações iniciais junto a operadora. Estes instrumentos, assim como o *framework* teórico deram suporte para atender aos objetivos específicos 1 e 2. Cabe salientar que cada instrumento de coleta foi devidamente testado e validado antes da sua aplicação.

Nesta fase foi feita a análise documental, a observação direta e um questionário semiestruturado. O questionário foi aplicado pessoalmente durante as entrevistas com fornecedores, em seus respectivos locais de trabalho.

2.1.4 Análise de Dados

Após a coleta, a análise dos dados foi feita por meio da triangulação, cujo objetivo principal é eliminar ou reduzir os erros e aumentar a confiabilidade e a validade do estudo (MANGANet *al.*, 2004).

A triangulação pode envolver o uso de diferentes fontes de dados, diferentes perspectivas ou teorias, diferentes pesquisadores ou diferentes métodos, como uma resposta holística à questão da fidedignidade e da validade dos estudos interpretativos (JONSEN e JEHN, 2009).

A partir desta análise, foi realizado o cruzamento dos dados coletados, cujo resultado atendeu aos objetivos específicos 1 e 2 desta pesquisa, que adicionado aos resultados do Artigo 2, contribui para atender ao objetivo geral da dissertação.

2.2 METODOLOGIA DO ARTIGO 2

O Artigo 2 desta dissertação tem por objetivo desenvolver diretrizes para a gestão da cadeia de fornecedores de serviços médicos na saúde suplementar.

As etapas do método científico utilizado neste artigo são similares às utilizadas no Artigo 1, e estão ilustradas na Figura 1.

A pesquisa foi realizada por meio de uma abordagem qualitativa. Quanto aos objetivos, o estudo foi de caráter exploratório, do tipo fenomenológico indutivista.

2.2.1 Método de Trabalho

As etapas para o desenvolvimento do método do trabalho do Artigo 2 são apresentadas a seguir.

1. *Framework* teórico sobre os elementos da gestão da cadeia de suprimentos que podem ser aplicados na gestão da cadeia de fornecedores de serviços e serviços de saúde;
2. Identificação das características de quatro categorias de serviços de saúde estudadas no Artigo 1, para definição da categoria de fornecedores a ser escolhida para este estudo;
3. Seleção da amostra de fornecedores, onde foram escolhidos 10 fornecedores de serviços médicos credenciados a pelo menos duas operadoras de planos de saúde;
4. Seleção da amostra de gestores, onde foram escolhidos 10 gestores vinculados as operadoras de planos de saúde, que realizam atividades relacionadas à gestão da rede credenciada;

5. Elaboração e testagem do instrumento de coleta de dados para aplicação nas entrevistas no grupo de fornecedores e no grupo de gestores. O instrumento consiste em um questionário semiestruturado, com as mesmas questões norteadoras para cada grupo;

6. Entrevistas com 10 fornecedores de serviços médicos credenciados a pelo menos duas operadoras de planos de saúde. Em função da agenda e da preferência dos fornecedores, as entrevistas foram realizadas por e-mail e por *Skype*. Entrevistas com 10 gestores vinculados a operadoras de planos de saúde, que realizam atividades relacionadas a gestão da rede credenciada. Em função da agenda e da preferência dos fornecedores, as entrevistas foram realizadas por e-mail e por *Skype*.

7. Triangulação dos dados e análise dos resultados, por meio da comparação dos resultados com o framework teórico, para proposição das diretrizes para o desenvolvimento de fornecedores de serviços médicos na saúde suplementar.

2.2.2 Unidade de Análise e Seleção da Amostra

A unidade de análise escolhida é composta por dois grupos: fornecedores e gestores. O grupo de fornecedores foi escolhido a partir da identificação das características das quatro categorias de serviços de saúde estudadas no Artigo 1, onde a categoria médica foi identificada como a de maior relevância em relação às demais.

A escolha da categoria médica como amostra se deu em função da sua representatividade na utilização dos beneficiários de planos de saúde. Conforme o Ministério da Saúde (2012), no ano de 2011, 55% dos atendimentos na saúde suplementar resultaram de consultas médicas. Isto confirma que mais da metade da demanda de utilização dos planos de saúde acontece junto a consultórios, clínicas médicas e de pronto atendimento.

Para a pesquisa, foram selecionados 10 médicos, de especialidades variadas, que atuam como fornecedores credenciados a pelo menos duas diferentes operadoras de planos de saúde. Os profissionais realizam atendimentos em estabelecimentos localizados na Região Metropolitana de Porto Alegre e também na região do Vale do Rio dos Sinos, no estado do Rio Grande do Sul.

O grupo de gestores foi escolhido a partir das operadoras de planos de saúde ativas no estado do Rio Grande do Sul. Foram convidados a participar da pesquisa gestores que

tivessem pelo menos 1 ano de experiência atuando em atividades relacionadas à rede credenciada em operadoras de planos de saúde.

Foram escolhidos 10 gestores que atuam junto aos serviços credenciados, de diferentes operadoras de planos de saúde. Estes profissionais exercem suas atividades em operadoras localizadas na Região Metropolitana de Porto Alegre e também na região do Vale do Rio dos Sinos, no estado do Rio Grande de Sul. A escolha da categoria dos gestores como representantes da operadora se deu em função da relação mantida com os fornecedores, onde há envolvimento com a rede credenciada do processo de seleção até a manutenção do contrato.

2.2.3 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada junto a fornecedores credenciados e gestores vinculados a uma operadora de planos de saúde.

Os instrumentos de coleta de dados foram elaborados a partir do *framework* teórico. Estes instrumentos, assim como o *framework* teórico deram suporte para atender ao objetivo específico 1 e ao objetivo geral. Cabe salientar que cada instrumento de coleta foi devidamente testado e validado antes da sua aplicação.

Nesta fase, foi elaborado um questionário semiestruturado, com questões norteadoras. O mesmo questionário foi aplicado aos dois grupos, com o objetivo de entender a percepção de gestores e fornecedores frente as mesmas situações.

As entrevistas com fornecedores e gestores foram realizadas por meio virtual, por solicitação dos entrevistados em função da sua disponibilidade. As ferramentas utilizadas foram e-mail e *Skype*. Na coleta de dados realizada por e-mail, dúvidas entre entrevistador e entrevistado eram esclarecidas sempre que necessário com troca de e-mails. Na coleta de dados via *Skype*, as dúvidas eram esclarecidas em tempo real.

2.2.4 Análise de Dados

Após a coleta, a análise foi feita por meio da triangulação dos dados coletados com o *framework* teórico.

A eficácia da triangulação baseia-se na premissa de que os pontos fracos em cada método único será compensada pela força contra equilíbrio do outro. Este termo é ocasionalmente utilizado para referir uma abordagem ampla que combina múltiplos observadores, perspectivas teóricas e metodologias e são frequentemente utilizados para descrever estratégias de pesquisa (AMARATUNGA *et al.*, 2002).

A partir desta análise, foi realizado o cruzamento dos dados coletados, cujo resultado atendeu ao objetivo específico 1 e ao objetivo geral desta pesquisa, que adicionado aos resultados do Artigo 1, contribui para atender ao objetivo geral da dissertação.

2.3 DELIMITAÇÃO

A pesquisa foi delimitada a fornecedores e gestores vinculados a operadoras de planos de saúde atuantes no estado do Rio Grande do Sul.

No Artigo 1, a pesquisa se delimitou a uma operadora de planos de saúde e a um grupo de fornecedores de serviços de saúde a ela credenciado. A operadora tem sua sede administrativa localizada no Vale do Rio dos Sinos, conta com aproximadamente 1.000 fornecedores de serviços de saúde em sua rede credenciada, distribuídos entre 34 cidades da Região da Grande Porto Alegre, Região Serrana, Vale do Paranhana e Litoral do Rio Grande do Sul. A carteira de clientes da operadora é composta por aproximadamente 110.000 beneficiários.

Os 12 fornecedores escolhidos fazem parte de 4 diferentes categorias de serviços: Odontologia, Laboratório de Análises Clínicas, Fisioterapia e Clínica de Especialidades Médicas. Estas categorias foram escolhidas pois juntas somam 50% do total de fornecedores credenciados à operadora. Além disso, é importante considerar que juntas estas quatro especialidades atenderam a 87% da demanda de beneficiários de planos de saúde no ano de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Embora a operadora tenha outras categorias de fornecedores, optou-se em trabalhar com poucas categorias em função do tempo disponível para a realização do estudo, e também pela semelhança da acessibilidade na modalidade de atendimento.

A escolha dos 3 fornecedores por categoria se deu por indicação da operadora, que apontou os 3 fornecedores que se mais se destacavam em cada uma delas. Como requisito, os

serviços deverão ser credenciados a mais quatro planos de saúde, além da operadora em questão.

No Artigo 2, a pesquisa se delimitou a um grupo de fornecedores de serviços médicos e gestores que atuam junto à rede credenciada em operadoras de planos de saúde. A escolha da categoria médica se deu em função da sua representatividade no ano de 2011, onde 55% dos atendimentos dos beneficiários da saúde suplementar foram provenientes de consultas médicas.

Foram selecionados 10 médicos de especialidades variadas, que atuam como fornecedores credenciados a pelo menos duas diferentes operadoras de planos de saúde, e realizam suas atividades na Região Metropolitana de Porto Alegre e também no Vale do Rio dos Sinos, no estado do Rio Grande do Sul.

Os gestores selecionados para o estudo atuam a pelo menos um ano em operadoras de planos de saúde, em atividades relacionadas à gestão da rede credenciada. Estes profissionais exercem suas atividades em diferentes operadoras localizadas na Região Metropolitana de Porto Alegre e também na região do Vale do Rio dos Sinos, no estado do Rio Grande de Sul.

Foram selecionados 10 gestores para pesquisa, assim como no grupo de fornecedores. Desta forma foi possível realizar a comparação dos dados coletados com mesmo número de entrevistados em cada grupo. A escolha da categoria dos gestores como representantes da operadora neste estudo se deu em função da relação mantida com os fornecedores em atividades relacionadas a gestão da rede credenciada.

A opção em trabalhar com a amostra de 20 entrevistados no Artigo 2 se deu em função do tempo para a realização do estudo, e também da disponibilidade dos entrevistados.

Os resultados dos dois artigos serviram como base para o objetivo geral deste estudo. As questões utilizadas na pesquisa qualitativa aplicada nos Artigos 1 e 2 foram abordaram assuntos relacionados gestão da cadeia de fornecedores de serviços, elementos indutores que levam ao credenciamento junto aos planos de saúde, e desempenho dos fornecedores.

Não foram foco desta pesquisa aspectos relacionados a saúde financeira dos fornecedores e das operadoras, a relação societária destas organizações, e investimentos futuros, tanto da operadora quanto dos fornecedores.

3 APRESENTAÇÃO DO ARTIGO 1

O artigo apresentado a seguir, atende aos objetivos específicos 1 e 2 desta dissertação.

Parte do resultado desta pesquisa foi apresentado em forma de resumo expandido no *SERVSIG 2012 – International Service Research Conference*, em Junho de 2012, na cidade de Helsinki, na Finlândia.

POR QUE OS FORNECEDORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PERMANECEM CREDENCIADOS AOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL?

RESUMO

A cadeia de fornecedores de serviços de saúde inclui diversas categorias, como laboratórios e clínicas de especialidades. Essas organizações de pequeno e médio porte respondem por boa parte dos custos operacionais de um plano de saúde. Mesmo remuneradas pouco acima de seus custos, essas organizações continuam fornecendo serviços aos planos de saúde.

Objetivando identificar os motivos que induzem a tal postura, este estudo de caso investigou 12 fornecedores de serviços indicados por uma operadora de plano de saúde de médio porte, localizada na região sul do Brasil. Um questionário com 15 perguntas semiestruturadas derivadas dos constructos da cadeia de suprimentos, gestão de serviços e valor agregado foi elaborado.

Os achados indicam que os fornecedores de serviços entendem que a prestação de bons serviços aos planos de saúde se constitui em uma importante indutora da venda lucrativa de outros serviços não cobertos pelo plano de saúde. Essa venda é feita diretamente ao beneficiário e requer que todos os fornecedores de serviço inovem em suas ofertas ao mercado. Em outra linha de ação, os laboratórios de análises clínicas destinam exames não ofertados por suas unidades a outros laboratórios com o objetivo de fidelizar os beneficiários dos planos de saúde em futuros serviços. Os fornecedores igualmente fazem uso de sua base de beneficiários para prospectar novos clientes.

O entendimento dos motivos descritos permitirá às operadoras de plano de saúde estabelecer políticas que motivem seus fornecedores a elevar o nível de serviço oferecido aos beneficiários. Este estudo apresenta as limitações típicas de um estudo de caso.

Palavras-chave: Fornecedores. Operadoras de planos de saúde. Serviços de Saúde.

3.1 INTRODUÇÃO

Em junho de 1998 foi promulgada no Brasil a Lei nº 9.656 que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Neste momento, o direito à saúde passava a ser comprado no mercado como bem de consumo ou negociado como benefício trabalhista. Na mesma época, a entrada do capital estrangeiro era regulamentada no mercado da saúde do país, regulamentou a entrada do capital estrangeiro no mercado de saúde nacional (CARVALHO e CECÍLIO, 2007).

A aprovação da Lei nº. 9.656/98 foi fruto da articulação dos movimentos dos consumidores de planos de saúde e médicos, que por sua vez se sentiam ameaçados em relação à sua autonomia profissional, tendo em vista a racionalização crescente das práticas das operadoras, atuando na lógica do mercado (CARVALHO e CECÍLIO, 2007). Com a regulamentação dos planos de saúde, ocorreram avanços significativos relativos à constituição e ao funcionamento das empresas, no que diz respeito ao registro, normas de funcionamento e fiscalização dos fornecedores de serviços (CARVALHO e CECILIO, 2007).

Atualmente, as operadoras de planos de saúde contabilizam juntas cerca de 48,7 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e 17,6 milhões em planos exclusivamente odontológicos, conforme levantamento realizado em junho de 2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). A receita de contraprestações das operadoras médico-hospitalares alcançou 82,4 bilhões de reais ao final do ano de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Para os beneficiários, a presença de um terceiro pagador (operadora) constitui fator determinante na sobre utilização dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Tal aspecto é reforçado por Jorge (2008) que destaca que operadoras, fornecedores e órgãos de defesa do consumidor reafirmaram práticas assistenciais hegemônicas, bem como a oferta de procedimentos desassociada das necessidades da população beneficiária, evidenciando interesses de mercado e o descompromisso com a qualidade assistencial.

Nesta relação, a política de credenciamento, na qual as operadoras se apoiam, é um dos atributos necessários para o credenciamento da rede fornecedora, configurando o início do relacionamento comercial (CAMPOS, 2004). O fornecedor que tem interesse nesta relação, deverá cumprir as exigências da operadora, caso contrário, ocorrerá o credenciamento do serviço com a rede prestadora (RIBEIRO et al., 2008).

Cabe salientar que no final da década de 2000, as operadoras se valeram da crise do mercado dos profissionais autônomos, para impor a sua tabela de pagamentos (RIBEIRO *et al.*, 2008). Além disso, a comercialização de planos de saúde com valores irrisórios, contribuem para a canibalização desse mercado, e para que os reajustes sejam realizados conforme definição da operadora (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Sabendo que o processo estratégico para a cadeia de fornecimento de cuidados de saúde é complexo, por depender de fatores como percepção, riscos, custos e benefícios, e a motivação dos interessados (SAMUEL *et al.*, 2010), surge a necessidade de entender o que leva os fornecedores de serviços de saúde a continuarem fornecendo seus serviços às operadoras de plano de saúde no Brasil.

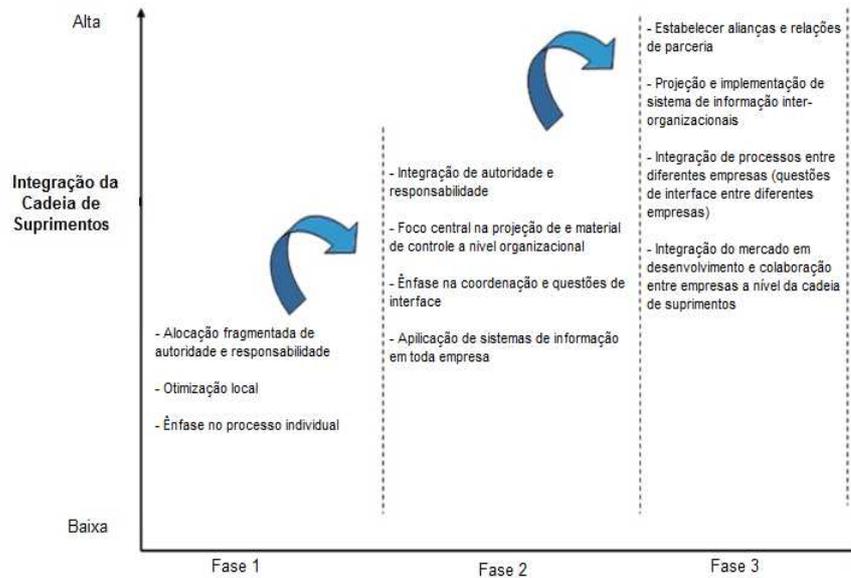
3.2 REFERENCIAL TEÓRICO

São apresentadas a seguir as principais referências teóricas utilizadas para a construção deste trabalho: i) Gestão da cadeia de suprimentos no setor de serviços, ii) Desenvolvimento de fornecedores de serviços de saúde.

3.2.1 Gestão da Cadeia de Suprimentos no Setor de Serviços

O termo "cadeia de suprimentos" pode ser definido como uma forma de prever todas as etapas necessárias para começar e terminar a entrega de produtos ou serviços para o cliente. A gestão desta cadeia tem a tarefa de integrar unidades organizacionais por meio de informações e fluxos financeiros, atendendo as demandas dos clientes com o objetivo de melhorar a competitividade da cadeia de abastecimento como um todo (MEIJBOOM, 2011).

O gerenciamento dos fornecedores é de uma natureza multidisciplinar podendo atender diferentes áreas, como o setor de serviços (VRIES e HUIJSMAN, 2011), Pode ser estudado a partir de diferentes perspectivas, de onde emergem importantes aspectos que estabelecem a integração entre os fornecedores. Sob esta perspectiva, Vries e Huijsaman (2011) apresentam os diferentes estágios de integração da cadeia de suprimentos, conforme a Figura 3.

Figura 3: Diferentes Estágios de Integração da Cadeia de Suprimentos

Fonte: Vries e Huijsaman (2011)

Os serviços podem ser descritos como um conjunto de elementos embalados para venda ao cliente (ANDERSON *et al*, 2008), e por sua natureza, são mais difíceis de avaliar (POLLACK, 2009). Para Lovelock e Wriith (2002), os serviços apresentam quatro diferenças em relação aos bens manufaturados por serem intangíveis, heterogêneos, inseparáveis e perecíveis.

A principal distinção entre bens e serviços é a participação indispensável do cliente no processo de prestação dos serviços, desde a especificação até a entrega, onde a produção e o consumo ocorrem simultaneamente, o que não acontece no processo de fabricação (MEIJBOOM, 2011). Ao invés de ser colocado fora da cadeia de valor, o cliente pode participar de várias atividades ao longo do processo, sendo que o fluxo do produto pode ser do fornecedor para o cliente ou do cliente para o fornecedor (MEIJBOOM, 2011).

No setor de serviços, o ambiente é altamente imprevisível, assim como a demanda original, exigindo a presença de mecanismos que possam amenizar os efeitos de uma demanda inesperada (MEIJBOOM, 2011). O produto não pode ser armazenado até que seja utilizado, e a qualidade não poderá ser medida antes da entrega (MEIJBOOM, 2011).

O contrato firmado entre o contratante e o fornecedor de serviços regula a relação entre as partes, e se constitui por especificações, obrigações e definições (KUMAR e KUMAR, 2004). Nesta situação é importante identificar se o comprometimento dos fornecedores afeta a probabilidade de encerramento de uma relação comercial (TSIROS *et al.*, 2009).

Na gestão do contrato sugere-se a realização de uma avaliação de competência do fornecedor, para avaliar sua capacidade de representar a contratante (HANDLEY e BENTON, 2009). A relação entre as partes, contratante e fornecedor, pode ser reforçada com atividades voltadas para o desenvolvimento e manutenção do fornecedor, e trocas de informações bem sucedidas (GRAWE *et al.*, 2012). Se o relacionamento é de dois sentidos, tanto a organização quanto os clientes serão beneficiados (DANAHER *et al.*, 2008).

Na área de cuidados de saúde, muitas situações relacionadas ao atendimento do beneficiário podem ser tratados como problemas organizacionais (VRIES e HUIJSMAN, 2011). Medir a qualidade do serviço e acompanhar a percepção dos clientes em relação à seus concorrentes (JAYAWARDHENA, 2009), é crucial para o planejamento estratégico dos fornecedores (YORK e McCARTHY, 2011).

3.2.2 Desenvolvimento de Fornecedores de Serviços de Saúde

O conceito da cadeia de fornecedores de serviços de saúde está relacionado ao campo da gestão da cadeia de suprimentos, apesar da perspectiva complexa em função das múltiplas relações inter-organizacionais, que levam a problemas frequentemente discutidos nesta rede de fornecedores (MEIJBOOM, 2011).

Para Vries e Huijsman (2011), semelhante a gestão da cadeia de suprimentos da manufatura, a cadeia de fornecedores de serviços de saúde pode ser integrada por processos, fluxos de informação, processos de planejamento, processos intra e inter-organizacional, desenvolvimento de mercado, e integração do mercado de abordagem.

No setor de saúde muitas empresas que adotam processos individuais ainda estão na fase inicial da integração da cadeia de suprimentos. Estudos recentes mostram que os custos associados aos fornecedores da cadeia de saúde podem ser reduzidos através da implementação de processos eficazes, como as práticas adotadas pelas indústrias (VRIES e HUIJSMAN, 2011). A aplicação de práticas da gestão da cadeia de suprimentos na área da saúde não se refere apenas a bens físicos, mas também ao fluxo de beneficiários. É fundamental para o planejamento e decisões de controle destinadas a adequação da oferta à demanda dos serviços em toda a cadeia de fornecimento de cuidados de saúde (VRIES e HUIJSMAN, 2011).

Para a implantação da gestão da cadeia de fornecedores de saúde, é necessário que ocorra uma mudança estratégica, por meio do controle de custos e integração dos processos, aliada ao desenvolvimento do mercado e a oferta de novos produtos (VRIES e HUIJSMAN, 2011).

As organizações de saúde são organizações profissionalizadas, baseadas na autonomia dos profissionais da área que podem decidir sobre os princípios e procedimentos em suas atividades (HELLSTROM *et al.*, 2010). Devido à concorrência acirrada neste setor (YORK e MCCARTHY, 2011), os gestores que tradicionalmente se concentram na qualidade de cuidados são obrigados a rever suas práticas de gestão global em prol da eficácia. Cabe salientar que quatro importantes características das organizações de saúde podem impactar na aplicação destas técnicas: a natureza do seu trabalho; as características de sua força de trabalho; suas relações de liderança e seus sistemas de controle e medição de desempenho (HELLSTROM *et al.*, 2010).

Os aspectos a seguir também são diferenciais na implantação desta gestão:

- manter uma gestão de processos com esforços concertados para definir e mapear processos, identificar gargalos, melhorar, e designar responsáveis pelo processo, criando assim uma estrutura de gestão do fluxo de valor (HELLSTROM *et al.*, 2010);
- compartilhar informações e princípios de gestão entre a cadeia de abastecimento em um ambiente, e qual o seu impacto (SAMUEL *et al.*, 2010);
- transformar o serviço recebido em valor percebido pelo cliente (GRÖNROOS e RAVALD, 2010);
- aplicar o pensamento enxuto em sistemas de saúde, identificando o tempo, o conforto do beneficiário, com equipes capacitadas e a participação ativa do beneficiário são as medidas chave para o desempenho do sistema (RAHIMNIA, 2010);
- focar na prestação de serviços como um único procedimento, realizando o processo de uma forma custo-eficiente (RAHIMNIA, 2010);
- remuneração por desempenho, que estimulam o desempenho do fornecedor e a qualidade do serviço prestado (EIJKENAAR *et al.*, 2013).
- considerar que recursos indiretos e subjetivos (tais como família e amigos, disponibilidade, tempo, localização), preocupações com a qualidade, e o relacionamento são importantes para a satisfação do cliente (YORK e MCCARTHY, 2011);
- aplicar a interação junto aos seus clientes de forma a fomentar atividades de marketing, buscando promover diferentes funções no mercado (GRÖNROOS E RAVALD, 2010).

3.3 METODOLOGIA

Do ponto de vista da abordagem, foi realizado um estudo qualitativo, pela relação dinâmica que existe entre o mundo real e o sujeito, que não pode ser traduzida em números (SILVA e MENEZES, 2005).

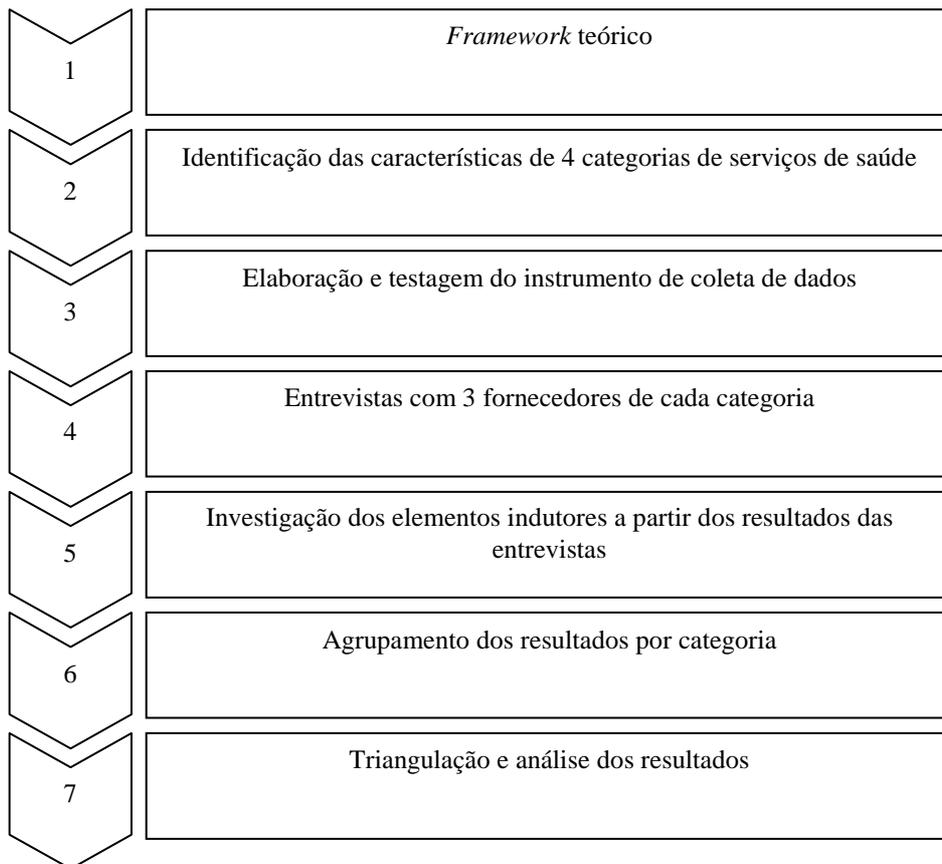
Quanto aos objetivos, a pesquisa foi exploratória, proporcionando maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses (GIL, 1991). Como paradigma, o trabalho foi do tipo fenomenológico indutivista, pois os resultados valem somente para o caso em estudo (CRESWELL, 2003).

Para realizar a pesquisa, foi utilizada a técnica do estudo de caso, que para Yin (2001) trata-se uma investigação empírica que pesquisa um fenômeno contemporâneo ou não, dentro do seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre fenômeno e contexto não são claramente evidentes.

O instrumento de coleta de dados foi a entrevista, realizada por meio de um questionário semiestruturado, além da análise documental e observação participante (SILVA e MENEZES, 2005).

3.3.1 Método de Trabalho

As etapas para o desenvolvimento do método do trabalho foram realizadas conforme a Figura 4.

Figura 4: Etapas do Método de Trabalho

Na etapa 1, foi realizado o *framework* teórico sobre os elementos da gestão da cadeia de suprimentos que podem ser aplicados na gestão da cadeia de fornecedores de serviços, e serviços de saúde.

Na etapa 2, foi feita a identificação das características de 4 categorias de serviços de saúde a partir de análise de documentos e observação.

Na etapa 3, foi realizada a elaboração e testagem dos instrumentos de coleta de dados, que consiste em um questionário semiestruturado com 15 questões norteadoras. Também foi considerada a observação direta, que ocorreu na visita pessoal para realização da entrevista, e ainda a análise documental a partir de documentos fornecidos pela operadora e pelo fornecedor.

Na etapa 4, foram realizadas entrevistas com 3 fornecedores de cada uma das seguintes categorias: Odontologia, Laboratório de Análises Clínicas, Fisioterapia e Clínica de Especialidades Médicas. A entrevista foi realizada com o proprietário ou com o responsável pelo serviço.

Na etapa 5, foi realizada a investigação dos elementos diferenciadores e indutores que levam os fornecedores ao credenciamento junto a operadoras de planos de saúde, a partir dos resultados das entrevistas.

Na etapa 6, foi realizado o agrupamento dos resultados por categoria.

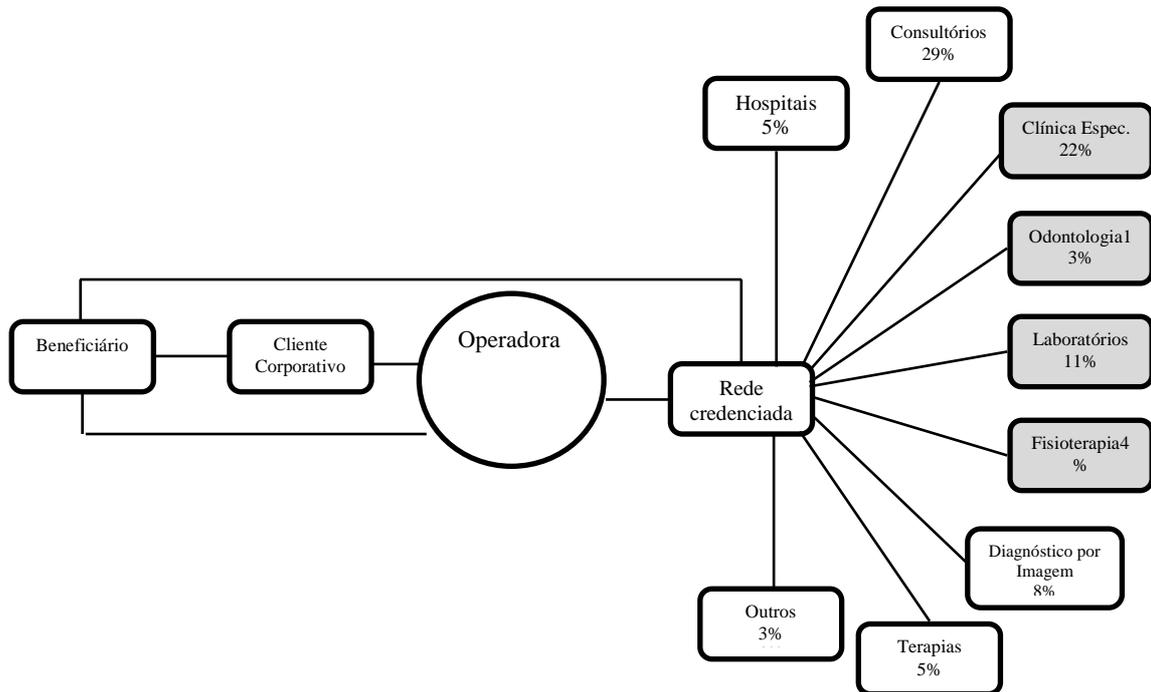
Na etapa 7, foi realizada a triangulação dos dados e a análise dos resultados, por meio da comparação dos achados de cada categoria com o *framework* teórico, dando mais suporte empírico para a teoria em questão.

3.3.2 Unidade de Análise e Seleção da Amostra

A unidade de análise escolhida é composta por um grupo de 12 fornecedores credenciados a uma operadora de plano de saúde considerada de médio porte de acordo com os critérios estabelecidos pela ANS. A sede administrativa da operadora em questão fica localizada no Vale do Rio dos Sinos, que pertence a Região da Grande Porto Alegre. A operadora informou que no ano de 2012 sua carteira de clientes era composta por aproximadamente de 110.000 beneficiários, que utilizam os seus serviços. A operadora também informou que no ano de 2012 sua rede credenciada era formada por cerca de 1.000 fornecedores de serviços de saúde, distribuídos entre 34 cidades da Região da Grande Porto Alegre, Região Serrana, Vale do Paranhana e Litoral do Rio Grande do Sul.

Os 12 fornecedores fazem parte de 4 diferentes especialidades de serviços, sendo 3 fornecedores para cada categoria. A escolha dos 3 fornecedores por categoria se deu por indicação da operadora, que apontou os 3 fornecedores que se mais se destacavam nos quesitos custo, qualidade e relacionamento. Como requisito, os serviços deverão ser credenciados a mais 4 planos de saúde, além da operadora em questão. A amostra é composta pelas seguintes categorias: Odontologia, Laboratório de Análises Clínicas, Fisioterapia e Clínica de Especialidades Médicas. Estas especialidades foram escolhidas pois juntas somam 50% do total de fornecedores credenciados à operadora, conforme ilustra a Figura 5.

Figura 5: Representatividade das Categorias Pesquisadas na Rede Credenciada



Além disso, é importante considerar que juntas estas quatro especialidades atenderam a 87% da demanda de beneficiários de planos de saúde no ano de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

3.4 ESTUDO DE CASO

O direcionamento da pesquisa de campo teve como base do *framework* teórico e os elementos da gestão de fornecedores que são considerados importantes no fornecimento de serviços para operadoras de planos de saúde.

A partir destas informações foram elaborados questionários semiestruturados com questões direcionadas aos fornecedores, cujos resultados são apresentados a seguir.

3.4.1 Entrevistando os Fornecedores

Todos os fornecedores foram entrevistados pessoalmente, em sua sede própria, nos meses de Maio e Junho de 2011. As entrevistas foram conduzidas a partir de 15 questões norteadoras, que abordavam os seguintes aspectos: práticas de gestão, competitividade, processos, tecnologia, desempenho, satisfação e fidelização do cliente, diferenciação no atendimento a clientes particulares e de convênios, ambiente físico, e credenciamento à planos de saúde.

Na síntese dos resultados compilados por categoria percebem-se algumas similaridades e diferenças, que são apresentadas a seguir

O Quadro 2 apresenta 7 das 15 questões, em que se percebem as mesmas respostas para todas as categorias.

Quadro 2: Respostas Similares em Todas as Categorias

Questão	Clínica Especialidades	Fisioterapia	Laboratório	Odontologia
Troca de informação com outros fornecedores da mesma categoria	Não existe	Não existe	Não existe	Não existe
Avaliação de desempenho dos profissionais que fazem parte do serviço credenciado	Informal	Informal	Informal	Informal
Otimização de processos / atividades	Profissionais e equipamentos multifuncional			
Diferenciação no atendimento entre cliente de plano de saúde e cliente particular	Não existe	Não existe	Não existe	Não existe
Como tratam os serviços não cobertos pelos planos de saúde	Valores especiais	Valores especiais	Valores especiais	Valores especiais
Crítérios que levam ao credenciamento com os planos de saúde	Valor de tabela, demanda, pagamento em dia			
Existe preocupação com as condições do ambiente físico	Sim	Sim	Sim	Sim

O Quadro 3 apresenta 5 das 15 questões, em que se percebem respostas idênticas para duas categorias.

Quadro 3:Respostas Similares em Duas Categorias

Questão	Clinica Especialidades	Fisioterapia	Laboratório	Odontologia
Práticas de gestão com foco na competitividade	Proximidade com o cliente, oferta de várias especialidades	Profissionais multifuncionais	Investimento em atendimento, equipamentos e tecnologia	Investimento em atendimento, equipamentos e tecnologia
Processos de trabalho e seus responsáveis	Processo conforme a natureza de atividade e o profissional executante	Processo conforme o profissional executante	Processos conforme normas e padrões técnicos	Processos conforme normas e padrões técnicos
Utilização de tecnologia da informação como ferramenta de gestão	Pouca utilização	Pouca utilização	Ampla utilização	Pouca a média utilização
Gerenciamento de reclamações	Informal	Informal	Formal	Formal e informal
Utilização de procedimentos e roteiros no atendimento inicial	Não utilizam, o atendimento varia de acordo com o cliente	Não utilizam, o atendimento varia de acordo com o cliente	Utilizam em todos os atendimentos	Utilizam conforme o tipo de atendimento

Em 3 das 15 questões, se percebem respostas diferentes para as quatro categorias, sendo algumas similares, porém não idênticas, conforme o Quadro 4.

Quadro 4:Respostas Diferentes nas Quatro Categorias

Questão	Clinica Especialidades	Fisioterapia	Laboratório	Odontologia
Atendimento com vistas à fidelização do cliente	Cordialidade no atendimento, disponibilidade de horários	Vínculo na relação entre o profissional que executa o procedimento e o cliente	Todos os clientes recebem atendimento padrão, sem diferenciação	Atendimento diferenciado, disponibilidade de horários
Ações para satisfação do cliente e seus resultados	Monitoramento e disponibilidade de horários na agenda deixam os clientes satisfeitos, que indicam novos clientes	Preços acessíveis para procedimentos particulares ou não cobertos pelos planos de saúde deixam os clientes satisfeitos, que indicam novos clientes	Acesso aos resultados via <i>web</i> , uma boa estrutura e cortesia de lanche depois da coleta deixam os clientes satisfeitos, que indicam novos clientes	Equipe orientada com foco no cliente e disponibilidade de horários no final do dia deixam os clientes satisfeitos, que indicam novos clientes
Relacionamento com o cliente como barreira à concorrência	Proximidade com o cliente, e agendas com pouco tempo de espera	Proximidade com o cliente e estrutura de atendimento	Relacionamento com o cliente não serve como barreira à concorrência	Proximidade com o cliente, agendas com pouco tempo de espera e fácil acesso

3.5 ANÁLISE

As entrevistas realizadas com os fornecedores identificaram os motivos que os mantêm credenciados as operadoras de planos de saúde, além de alguns aspectos de gestão que podem vir a caracterizar as quatro categorias de forma diferente nesta pesquisa.

As questões apresentadas no Quadro 2 apontam o mesmo entendimento das quatro categorias em sete questões. Na realidade em que estão inseridas não existe troca de informações entre fornecedores do mesmo ramo, o que demonstra a concorrência e a preocupação em garantir seu espaço no mercado. Ambas se preocupam em otimizar profissionais e equipamentos, não diferenciam o atendimento entre clientes de convênios e particulares, avaliam o desempenho dos profissionais que atuam no serviço de maneira informal, e se preocupam com as condições do ambiente físico do local. Existe um interesse em oferecer valores atrativos para os procedimentos não cobertos pelos planos de saúde, para que estes usuários continuem utilizando o serviço. Todas as categorias apontaram os mesmos motivos para o credenciamento junto aos planos de saúde: valor de tabela, demanda e pagamento em dia. Na análise documental e também nas visitas foi possível observar que estes valores são inferiores aos valores de atendimento particular, porém por se tratar de uma demanda maior, a parceria acaba se tornando interessante.

As questões apresentadas no Quadro 3 apresentaram similaridades entre duas das quatro categorias. Laboratórios de análises clínicas e serviços odontológicos investem em atendimento, equipamentos e tecnologia, com foco na competitividade, além de implementarem a utilização de processos de trabalho, diferente as outras duas categorias. Os serviços de fisioterapia e as clínicas de especialidade utilizam pouco a tecnologia como ferramenta de gestão, gerenciam as reclamações de modo informal e não trabalham com roteiros de atendimento. Estes resultados apontam uma preocupação maior dos laboratórios e dos serviços de odontologia na profissionalização por meio de tecnologia e processos, ferramentas menos utilizadas pelas demais especialidades estudadas.

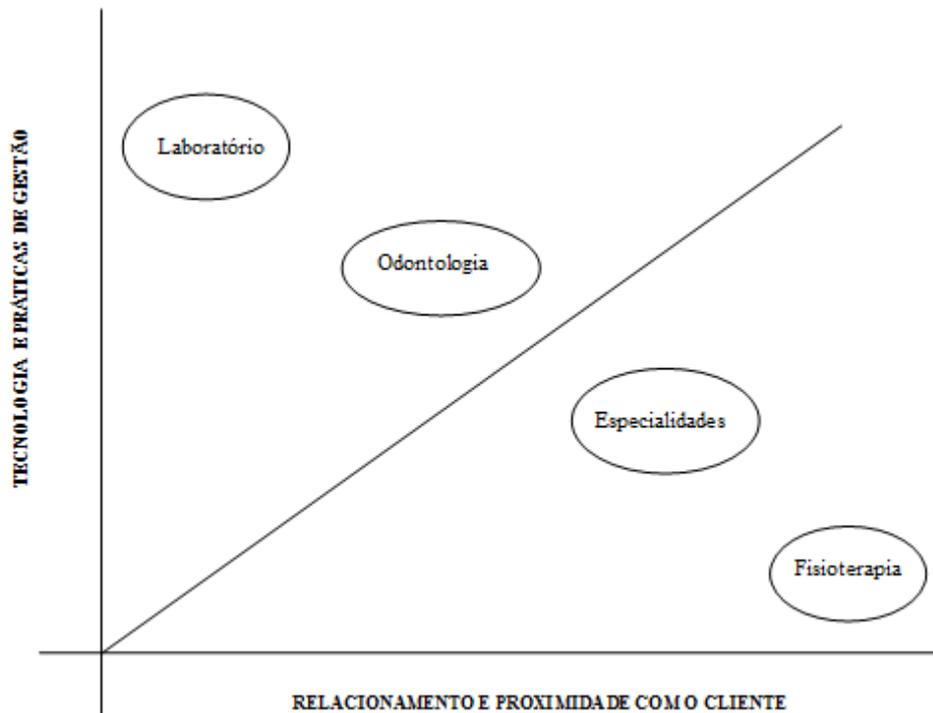
As questões apresentadas no Quadro 4 mostram respostas diferentes, porém com algumas similaridades entre as quatro categorias. Todas têm preocupação com o atendimento com vistas à fidelização dos clientes. Preços acessíveis e disponibilidade de horários aparecem como ações que visam a satisfação dos clientes, que por sua vez indicam novos clientes, aumentando a demanda do serviço. Com exceção do laboratório, as demais categorias citam o relacionamento com o cliente como uma barreira à concorrência.

Alguns pontos podem ser destacados a partir dos resultados deste estudo. Fica evidente que os fornecedores não dividem informações entre si, ao contrário do que sugere Samuel *et al.* (2010), ao destacar a importância do compartilhamento de informações e princípios de gestão entre a cadeia de fornecedores.

Para atender a demanda dos planos de saúde, os fornecedores estão cientes de que a otimização de recursos é necessária. Por isso, se preocupam em otimizar seus recursos, aplicar o pensamento enxuto, identificar o tempo e equipes capacitadas. Com a demanda elevada de beneficiários de planos de saúde, cuja tabela de pagamento é inferior, existe apreocupação em realizar o processo de uma forma custo-eficiente. Tais achados se alinham com o exposto por Rahimnia (2010).

Existe uma preocupação por parte dos fornecedores em fidelizar os beneficiários de planos de saúde, não os diferenciando dos clientes particulares, oferecendo valores especiais para procedimentos não cobertos. Desta forma, buscam captar clientes por meio do atendimento, considerando recursos indiretos e subjetivos, melhoria da qualidade, e o relacionamento, atitudes que convergem com as afirmações de York e McCarthy (2011).

Na utilização de ferramentas de gestão e tecnologia, somente os laboratórios e a odontologia afirmaram utilizá-las. As outras duas categorias – fisioterapia e clínicas de especialidades – demonstram que os fornecedores se concentram nos cuidados e não se preocupam com os processos de gestão. Neste caso, a postura do fornecedor vai de encontro ao que cita Hellstrom *et al.* (2010). Curiosamente, é possível notar que onde há mais tecnologia e menos contato com o cliente, há mais práticas de gestão, e onde há mais proximidade no relacionamento com o cliente, as práticas de gestão são menos utilizadas, conforme ilustrado na Figura 6.

Figura 6: Relação Tecnologia e Relacionamento

Ao analisar os dados coletados neste estudo, foi possível observar que as práticas de gestão ainda são pouco utilizadas por fornecedores de serviços de saúde. A rede de fornecedores credenciados às operadoras ainda demonstra carência na integração por processos, gestão, e fluxos de informação. Tal análise confirma o que foi estudado por Vries e Huijsman (2011).

Confirmando a afirmação de Vries e Huijsman (2011), sugere-se que em função do interesse em fornecer às operadoras de planos de saúde, os fornecedores busquem uma mudança estratégica, adotando práticas de gestão, processos e controle de custos, com mecanismos que contribuam para a evolução do serviço prestado.

3.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa possibilitou a análise dos motivos que levam fornecedores de serviços a se manterem credenciados junto às operadoras de planos de saúde, tendo como cenário quatro categorias de fornecedores de serviços em saúde: Clínica de especialidades, Fisioterapia, Laboratório de análises clínicas e Odontologia. Os resultados apresentados demonstram que a demanda significativa de usuários de planos de saúde, aliada a

remuneração paga em dia, e a possibilidade de captar novos clientes prevalecem como base principal para o fornecimento de serviços às operadoras. A preocupação em fidelizar este cliente se dá no atendimento sem diferenciação em relação aos demais, e na oferta de valores especiais para os procedimentos não cobertos pelos planos de saúde. Percebe-se ainda que as práticas de gestão e ferramentas de tecnologia são utilizadas com mais ênfase nos laboratórios, seguidos pela odontologia. A proximidade com o cliente é mais forte na Fisioterapia e nas Clínicas de especialidade. Melhorias nos processos e nas práticas de gestão tendem a profissionalizar estes fornecedores, e destacá-los em relação à concorrência na saúde suplementar. Neste contexto, pode-se considerar que o credenciamento junto às operadoras dos planos de saúde tende a crescer gradativamente, seguindo os passos das operadoras. Para que destaquem frente aos demais, os fornecedores de serviços de saúde devem se buscar desenvolvimento por meio da gestão de processos, que surge como uma possibilidade que envolve esforços para definir e mapear processos, identificar gargalos, melhorar e designar responsáveis pelos procedimentos. Esta interação ainda pode ser melhorada por meio da aplicação das técnicas de gestão da cadeia de suprimentos junto aos fornecedores dos serviços de saúde, aumentando o seu desempenho, que vai de encontro ao aspecto mencionado por Huijman (2011).

Quando o atendimento acontece em rede credenciada, a gestão da cadeia de fornecedores é fundamental para o relacionamento com os profissionais, que consequentemente refletirá no serviço prestado e na satisfação do cliente. Embora a contratação do plano de saúde seja feita diretamente com a operadora, o serviço prestado por meio de terceiros são a imagem do produto adquirido aos olhos do cliente. Considerando que os planos de saúde constituem no Brasil uma importante via de atendimento ao cidadão, e que a regulação deste setor estimula a concorrência entre as operadoras (LEAL e MATOS, 2009), sugere-se para trabalhos futuros estudos que pesquisem as possíveis diretrizes para o desenvolvimento de fornecedores de serviços de saúde.

REFERÊNCIAS CITADAS NO ARTIGO

ALBUQUERQUE, A. ET AL. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n. 5, p.1421-1430, 2008.

ANDERSON, S.W. ET AL. The Impact of Service Operations Failures on Customer Satisfaction: Evidence on How Failures and Their Source Affect What Matters to Customers. *Manufacturing & Service Operations Management*, v.11, n.1, p. 52-69, 2008.

CAMPOS, C. da C. Um estudo das relações entre operadoras de plano de assistência à saúde e prestadores de serviço. Trabalho de Conclusão do Curso de Mestrado Profissionalizante em Engenharia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Engenharia – modalidade Profissionalizante – Ênfase em Gerência de Serviços – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, 2004.

CARVALHO, E.B.; CECÍLIO, L.C.O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n.9, p. 2167-2177, 2007.

CRESWELL, J. Research design: Qualitative, quantitative, and mixed method approaches. United States of America: Sage Publications, 2003.

DANAHER, P.J, Who Wants a Relationship Anyway? Conditions When Consumers Expect a Relationship With Their Service Provider. *Journal of Service Research*, v.11, n.1, p. 43-62, 2008.

EIJKENAAR, F, ET AL. Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews. *Health Policy*, v. 110, p. 115 -130, 2013.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas. 1999.

GRAWE, S. J., ET AL. **Logistics Service Providers and Their Customers: Gaining Commitment Through Organizational Implants.**Journal of Business Logistics, v.33, n. 1, p. 50–63, 2012.

GRÖNROOS, C, RAVALD, A. **Implications for Value Creation and Marketing.**Journal of Service Management, Service as Business Logic, v.22, n.1, p. 5-22, 2010.

HANDLEY, S.; BENTON, W. **Unlocking the business outsourcing process model.**Journal of Operations Management, v. 27, p. 344–361, 2009.

HELLSTROM, A. ET AL. **Process management in healthcare: investigating why it's easier said than done.**Journal of Manufacturing Technology Management, v. 21, n. 4, 2010.

JAYAWARDHENA, C. **The impact of service encounter quality in service evolution : evidence from a business-to-business context.**Journal of Business & Industrial Marketing, v. 25, n.5, p. 338 – 348, 2010.

JORGE, A. O. **Refletindo sobre a caminhada. Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar.**Rio de Janeiro: ANS, 2008.

JONSEN, K., JEHN, K.A. **Using triangulation to validate themes in qualitative studies.** Qualitative Research in Organizations and management: An International Journal, v. 4, n. 2, p. 338 – 348, 2009

KUMAR, R.; KUMAR, U. **A conceptual framework for the development of a service delivery strategy for industrial systems and products.** Journal of Business and Industrial Marketing, v. 19, n. 5, p. 310-319, 2004.

LEAL, R. M.; MATOS, J. B. B. **Planos de saúde: uma análise de custos assistenciais e seus componentes.**RAE, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 447 – 458, 2009.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços, marketing e gestão.** São Paulo: Saraiva, 2002.

MANGAN, J. ET AL **Combining quantitative and qualitative methodologies in logistics research.** International Journal of Physical Distribution & Logistics Management, v. 34, n. 7, p. 565-578, 2004.

MEIJBOOM, B. ET AL. **Supply chain management practices for improving patient oriented care.** Emerald Group Publishing Limited. Supply Chain Management: An International Journal, v. 194, n. 901, 166 – 175, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar : Beneficiários, Operadoras e Planos.** Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar : Beneficiários, Operadoras e Planos.** Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Planos odontológicos: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar.** Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO), 1ª Edição, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas.** Série Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nº 3, 2002.

OCKÉ-REIS, C.O. **Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde.** Ciência&SaúdeColetiva, v. 12, n. 4, p. 1041-1050, 2006.

POLLACK, B. L. **Linking the hierarchical service quality model to customer satisfaction and loyalty.** Journal of Services Marketing, v. 23, n. 1, p. 42–50, 2009.

RAHIMNIA, F.; MOGHADASIAN, M. **Supply chain leagility in professional services: how to apply decoupling point concept in health care delivery system.** Supply Chain Management: An International Journal, v.15, n. 1, p. 80– 91, 2010.

RIBEIRO, J. M. ET AL. **Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1477-1487, 2008.

SAMUEL, C. ET AL. **Supply chain dynamics in healthcare services.** *International Journal of Health Care Quality Assurance*, v. 23, n. 7, p. 631-642, 2010.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M., **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação.** Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – PPGEP, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, 2005.

SOUZA, M. A.; SALVALAIO, D. **Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de planos de saúde.** *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 28, n. 4, p. 305-310, 2010.

TSIROS, M.; ROSS, W.; MITTAL, V. **How Commitment Influences the Termination of B2B.** *Exchange Relationships Journal of Service Research*, v. 11, n. 3 , p 263-276, 2009.

VRIES, J.; HUIJSMAN, R. **Supply chain management in health services: an overview.** *Supply Chain Management: An International Journal*, v. 16, n. 3, pp.159 – 165, 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso – Planejamento e Métodos.** 2ª edição, Porto Alegre:Bookman, 2001.

YORK, A.; MCCHARTHY, K. **Patient, staff and physician satisfaction: a new model, instrument and their implications.** *International Journal of Health Care Quality Assurance*, v. 24, n. 2, p. 178-191, 2011.

4 APRESENTAÇÃO DO ARTIGO 2

O artigo apresentado a seguir, atende ao objetivo específico 1 e ao objetivo geral desta dissertação.

DESENVOLVIMENTO DE DIRETRIZES PARA A GESTÃO DA CADEIA DE FORNECEDORES DE SERVIÇOS MÉDICOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

RESUMO

O mercado de saúde suplementar enfrenta crescentes pressões causadas pelo aumento dos seus custos operacionais, com a influência de fatores como a elevada taxa de utilização dos serviços. A cadeia de fornecedores de serviços médicos atende um volume significativo de beneficiários de planos de saúde anualmente. Esses fornecedores atuam como a porta de entrada do sistema de saúde suplementar, e juntos representam um percentual significativo na rede credenciada de uma operadora. A partir deste cenário, esta pesquisa propõe um conjunto de diretrizes para a gestão da cadeia de fornecedores de serviços médicos. Por meio de um estudo de caso, foram entrevistados 10 fornecedores de serviços médicos credenciados a planos de saúde, e 10 gestores que realizam atividades relacionadas à gestão da rede credenciada em operadoras de planos de saúde. Um questionário semiestruturado, com 6 questões norteadoras derivadas de elementos da cadeia de suprimentos, com foco no desenvolvimento de fornecedores de serviços de saúde foi elaborado. Os achados indicam que ainda existem lacunas na relação entre operadoras e fornecedores de serviços de saúde, no que diz respeito a processos de gestão e desenvolvimento da rede credenciada. Divergências apontadas entre os critérios de seleção e avaliação do fornecedor demonstram que os dois grupos tem entendimentos diferentes sobre o que é importante nestes processos. Dificuldades em relação a orientações, remuneração, incentivo a gestão e indicadores de desempenho também foram apontadas. A partir dos resultados, foram propostas diretrizes para o desenvolvimento da gestão da cadeia de fornecedores médicos. O conjunto de diretrizes foi estruturado considerando os seguintes elementos: critérios para a escolha do fornecedor, avaliação do fornecedor, orientações da operadora, remuneração, incentivo da operadora e indicadores. As diretrizes sugeridas apoiarão fornecedores e operadoras de planos de saúde no desenvolvimento de processos de gestão, com melhorias na qualidade dos serviços prestado. Este estudo apresenta as limitações típicas de um estudo de caso.

Palavras-chave: Fornecedores. Gestores. Serviços de Saúde. Diretrizes.

4.1 INTRODUÇÃO

O mercado brasileiro de saúde suplementar é regulado desde o ano 2000 pela Agência Nacional de Saúde – ANS, regida pela Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). A aprovação desta lei foi fruto da articulação dos movimentos dos consumidores de planos de saúde e médicos, que por sua vez se sentiam ameaçados em relação à sua autonomia profissional, tendo em vista a racionalização crescente das práticas das operadoras, atuando na lógica do mercado (CARVALHO e CECÍLIO, 2007).

No final da década de 2000, o processo de concorrência predatória por parte das operadoras se valeu da crise do mercado dos profissionais autônomos, para impor a sua tabela de pagamentos. A comercialização de planos de saúde com valores irrisórios contribuiu para a canibalização desse mercado, e para que os reajustes fossem realizados conforme definição da operadora (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Em junho de 2012 foram contabilizados cerca de 48,7 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e 17,6 milhões em planos exclusivamente odontológicos. No ano anterior, a receita de contraprestações das operadoras médico-hospitalares alcançou 82,4 bilhões de reais ao final do ano de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O sistema de saúde tem características específicas que o diferenciam de outros mercados de serviços, como a demanda ilimitada (CONSTANTINESCU, 2012). A presença de fornecedores qualificados, com capacidade de gerenciar grandes variedades de demanda, com acesso e tempo de espera adequados, é um aspecto fundamental para o sucesso e a prestação de serviços de qualidade junto às operadoras de planos de saúde (CONSTANTINESCU, 2012).

Existe um crescente interesse na investigação no domínio da gestão da cadeia de fornecedores de serviços, já que estes possuem semelhantes estruturas de processo e tempo de fluxo (SAMUEL *et al.*, 2010). Apesar da relevância do tema de serviços de saúde, e da importância do segmento das operadoras planos de saúde no Brasil, existem questões ainda não analisadas e registradas sobre essa modalidade de organização na literatura nacional (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011).

Sabendo da complexidade da cadeia de fornecimento de cuidados de saúde (SAMUEL *et al.*, 2010), que refletem na implementação de mudanças para o desenvolvimento de fornecedores de serviços de saúde (COKER *et al.*, 2012), este trabalho tem por objetivo propor

diretrizes para a gestão e o desenvolvimento de fornecedores de serviços no mercado da saúde suplementar.

Um estudo de caso contemplando fornecedores médicos e gestores de operadoras de planos de saúde foi efetuado, utilizando a entrevista semiestruturada como principal método de coleta de dados.

4.2 REFERENCIAL TEÓRICO

São apresentadas a seguir as principais referências teóricas utilizadas para a construção deste trabalho: i) Saúde suplementar no Brasil, ii) Desenvolvimento de fornecedores de serviços.

4.2.1 Saúde Suplementar no Brasil

No final da década de 90, uma das mais importantes mudanças que ocorreram no mercado nacional foi a regulamentação dos planos de saúde (VELOSO e MALIK, 2010). A Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que rege a ANS, aplica as operadoras a corresponsabilidade sobre a assistência fornecida aos usuários. Dentre vários quesitos, a lei impõe que todas as operadoras devem ter a descrição detalhada das instalações, equipamentos e recursos humanos, sejam eles próprios ou terceirizados (PAIM e ZUCCHI, 2011).

O sistema de saúde privado no Brasil corresponde a 57% de todos os gastos em saúde no país, que equivalem a 4,5% do PIB nacional (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011). Entre 1998 e 2008, a proporção da população coberta por planos privados de saúde sofreu aumento de 26,8% no número total de beneficiários neste período. Fatos como estes, aliados as mudanças determinadas constantemente pela regulamentação, fizeram com que as operadoras otimizassem sua atuação, em função da ampliação e padronização das coberturas dos beneficiários, e da menor diferenciação (SCHIOZER *et al.*, 2011; VELOSO e MALIK, 2010).

Dentre os principais objetivos da ANS estão o estabelecimento de regras claras e estáveis para o fornecimento e fiscalização dos serviços prestados, buscando a mediação entre os interesses do usuário e das empresas privadas nesse setor (PAIM e ZUCCHI, 2011). Para isso, a ANS conta com mecanismos de regulação do acesso sobre os prestadores e os

beneficiários, conhecidos como direcionamento, porta de entrada, autorizações prévias coparticipação, auditorias, pacotes, protocolos, e instrumentos de mensuração do desempenho médico (CUGINOTTI, 2011).

Estes mecanismos são utilizados em maior ou em menor grau por diversas operadoras (CUGINOTTI, 2011), que podem optar pelo direcionamento da clientela para prestadores preferenciais (PAIM e ZUCCHI, 2011).

A qualidade da atenção dispensada depende do fornecedor, mas também do acesso aos serviços e da qualidade da rede. Por outro lado, no setor de saúde suplementar, as relações entre beneficiários, operadoras e prestadoras são consideradas tipicamente de mercado, e vinculadas a um conjunto de serviços relacionados em contrato (PAIM e ZUCCHI, 2011).

A atual discussão do modelo assistencial praticado pelas operadoras de planos de saúde parte do pressuposto de que é possível que as empresas fornecedoras organizem práticas de atendimento, garantam a integralidade da atenção, e melhorem a resposta dada ao beneficiário (FREITAS *et al*, 2011). Desta forma, se faz necessário conhecer a rede credenciada de serviços, qualificando-a tecnicamente e administrativamente (PAIM e ZUCCHI, 2011).

4.2.2 Desenvolvimento de Fornecedores de Serviços

A criação da ANS propiciou o aparecimento de mecanismos de controle sobre a atuação das operadoras de saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011) que por sua vez passou a buscar ferramentas que atendam a estas exigências. Dentre elas inclui-se a avaliação da qualidade dos serviços credenciados, identificando as condições de funcionamento e a qualidade da assistência fornecida aos seus usuários (PAIM e ZUCCHI, 2011).

A seleção do fornecedor é uma tomada de decisão que otimiza objetivos como custo, qualidade, velocidade e vantagem competitiva (LOW e CHEN, 2012). A escolha do fornecedor pode ser apoiada na avaliação do serviço, determinante e decisiva para a longevidade da relação e rentabilidade (TSIROSE *et al.*, 2009). Terceirizar serviços por meio de fornecedores credenciados tornou-se uma abordagem de negócio que permite a cooperação entre as partes, para prestação de serviços mais eficaz e eficiente (LOW e CHEN, 2012).

O processo de construção da rede credenciada pode ter como critérios a reputação, a confiança, a reciprocidade e a interdependência. Quando ambas as partes consideraram sua

aliança um sucesso, existe a construção da parceria ao invés de uma simples troca de informação (WATSON, 2012). Cabe salientar que a contratação envolve riscos, podendo resultar no cancelamento do contrato caso o fornecedor não tenha um bom desempenho (TYNKKYNEN *et al.*, 2012).

O pagamento pode ser visto como motivação e como uma ferramenta para a melhoria de desempenho do fornecedor de serviços de saúde (SONGSTAD *et al.*, 2012). Uma solução para barreiras como a falta de incentivo financeiro para fornecedores de serviço de saúde seria a inclusão do uso do pagamento por desempenho (COKER *et al.*, 2012). Esta modalidade pode ser baseada em metas de desempenho individual, ou ainda nas metas estabelecidas para as instalações do fornecedor ou na sua gestão (SONGSTAD *et al.*, 2012).

O incentivo aos processos de atendimento com foco na qualidade e na prestação eficiente de serviços também motiva o desempenho dos fornecedores (BENNET, 2012). A cooperação entre estes grupos representa um aspecto fundamental para o sucesso dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde (CONSTANTINESCU, 2012).

Neste contexto, a qualidade dos serviços prestados as operadoras foi definida como a total satisfação das necessidades dos beneficiários, em menor custo para a organização, na gestão, e nos limites e diretrizes estabelecidas. A satisfação dos beneficiários, por sua vez, pode ser medida pela percepção psicológica e cognitiva do beneficiário em relação às suas expectativas, podendo ser definida como a avaliação positiva individual de distintas dimensões e do cuidado à saúde. Nestas dimensões estão contemplados quesitos como comportamento da equipe que presta os serviços assistenciais de saúde (seja de médicos ou de enfermagem) e equipes de serviços e interações com os beneficiários, além da qualidade dos alimentos, instalações técnicas, limpeza, comunicação, agilidade, cortesia e outras atividades relacionadas com atendimento (VAITSMAN e ANDRADE, G, 2005; HAQUE, 2012).

Como os serviços são incapazes de ser armazenados, pontualidade e prontidão representam importantes características (CONSTANTINESCU, 2012) assim como agestão, que vem sendo reconhecida em uma série de experiências de serviços (AFLAKI e POPESCU, 2011).

Expectativas elevadas, associadas às necessidades dos clientes demonstram que os fornecedores precisam prestar melhores serviços, adquirir qualidade operacional, disponibilizar um maior número de serviços, conhecimentos, habilidades e melhorias, aliados a redução de custos (BAJEC, 2012). Os recursos humanos também são importantes na indústria de serviços, por manterem contato direto com os clientes (POON, 2012).

As relações estabelecidas entre os fornecedores de serviços e seus clientes (CONSTANTINESCU, 2012), mudam sua estratégia de orientação, que passa a focar nas relações que se formam com os consumidores, buscando melhorar a retenção dos clientes (MOORE *et al.*, 2012).

Em busca da eficácia e do desenvolvimento dos serviços, a operadora pode adotar alternativas como visitas de grupo, orientações comportamentais, e serviços via internet para os fornecedores. Porém, existem barreiras para a implantação de mudanças neste mercado, principalmente pela falta de incentivos, planos e práticas para esta finalidade (COKER *et al.*, 2012).

4.2.3 Desenvolvimento de Fornecedores de Serviços de Saúde

O Quadro 5 apresenta os elementos considerados nesta pesquisa para o desenvolvimento de fornecedores de serviços de saúde. Este quadro foi construído a partir da definição dos elementos para o desenvolvimento de fornecedores, que por sua vez foram definidos a partir de uma combinação da literatura estudada com o conhecimento empírico.

Quadro 5: Elementos para Desenvolvimento de Fornecedores de Serviços de Saúde

Elementos para o desenvolvimento de fornecedores de serviços de saúde		
Elementos	Desdobramento	Referência
Escolha do fornecedor	<ul style="list-style-type: none"> - escolha determinante para a longevidade da relação - escolha decisiva para a rentabilidade - reputação, confiança, reciprocidade e interdependência como critérios na construção da rede credenciada - otimização de custo, qualidade, velocidade e vantagem competitiva 	LOW e CHEN, 2012 TSIROS, ROSS e MITTAL, 2009 WATSON, 2012
Avaliação do fornecedor	<ul style="list-style-type: none"> - prontidão é uma importante característica - reconhecimento da gestão na experiência de serviços - comprometimento dos fornecedores - conhecimento da rede credenciada de serviços - qualidade da assistência fornecida - condições de funcionamento 	AFLAKI e POPESCU, 2011 CONSTANTINESCU, 2012 M. TSIROS, W. ROSS JR e V. MITTAL, 2009 PAIM e ZUCCHI, 2011
Orientações da operadora	<ul style="list-style-type: none"> - padrão de entrega do serviço - limites estabelecidos pela operadora - diretrizes estabelecidas pela operadora - menor custo para a organização na gestão dos fornecedores - cooperação entre fornecedores e operadora - estratégia de orientação com foco nas relações 	CONSTANTINESCU, 2012 MOORE, LAY-HWA e EVERSON, 2012 TYNKKYNET <i>et al.</i> , 2012
Remuneração	<ul style="list-style-type: none"> - motivação para melhoria de desempenho - inclusão do pagamento de desempenho - metas de desempenho para pagamento 	SONGSTAD <i>et al.</i> , 2012 COKER <i>et al.</i> , 2012
Incentivo da operadora	<ul style="list-style-type: none"> - foco na relação B2B (Business-to-business) - foco na retenção de clientes - processos de atendimento com foco na qualidade 	AFLAKI e POPESCU, 2011 BENNET, 2012 CONSTANTINESCU, 2012

	- processos de atendimento com foco na prestação eficiente dos serviços	MOORE, LAY-HWA e EVERSON, 2012
Indicadores de desempenho	<ul style="list-style-type: none"> - prestar melhores serviços - adquirir qualidade operacional - maior número de serviços - conhecimentos, habilidades e melhorias - redução de custos 	AFLAKI e POPESCU, 2011 BAJEC, 2012

4.3 METODOLOGIA

O objetivo deste estudo está no desenvolvimento de diretrizes para a gestão da cadeia de fornecedores de serviços no mercado da saúde suplementar.

Pela relação dinâmica que existe entre o mundo real e o sujeito, que não pode ser traduzida em números (SILVA e MENEZES, 2005), optou-se por um estudo de caso qualitativo, do ponto de vista da abordagem.

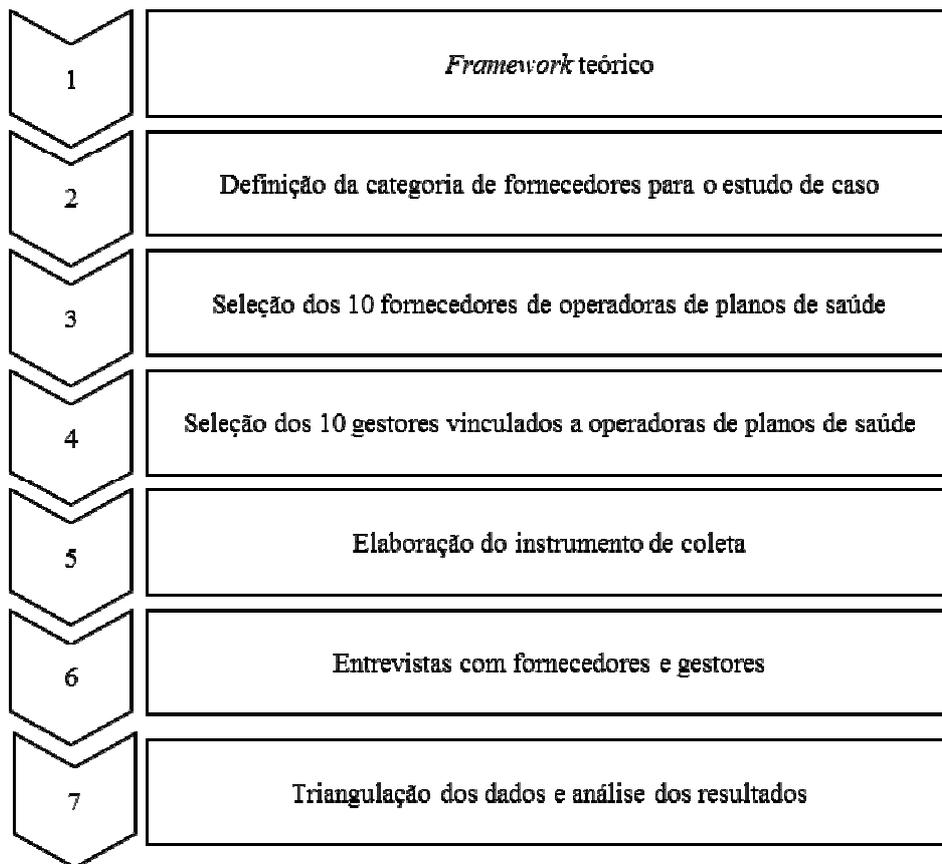
Quanto aos objetivos, foi realizada uma pesquisa exploratória. Segundo Gil (1991), ela proporciona familiaridade com o problema, o tornando explícito, e com a possibilidade de construir hipóteses. O paradigma deste trabalho foi do tipo fenomenológico, cujos resultados têm validade somente para o caso em estudo (CRESWELL, 2003).

O estudo de caso foi a técnica escolhida para realizar a pesquisa. Quando se trata de uma investigação empírica, o estudo de caso é o mais adequado, pela pesquisa de um fenômeno contemporâneo ou não, especialmente quando os limites entre fenômeno e contexto não são evidentes (YIN, 2001).

O instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista, realizada por meio de um questionário semiestruturado (SILVA e MENEZES, 2005). Complementando a coleta, também foi realizada análise documental e a observação participante.

4.3.1 Método de Trabalho

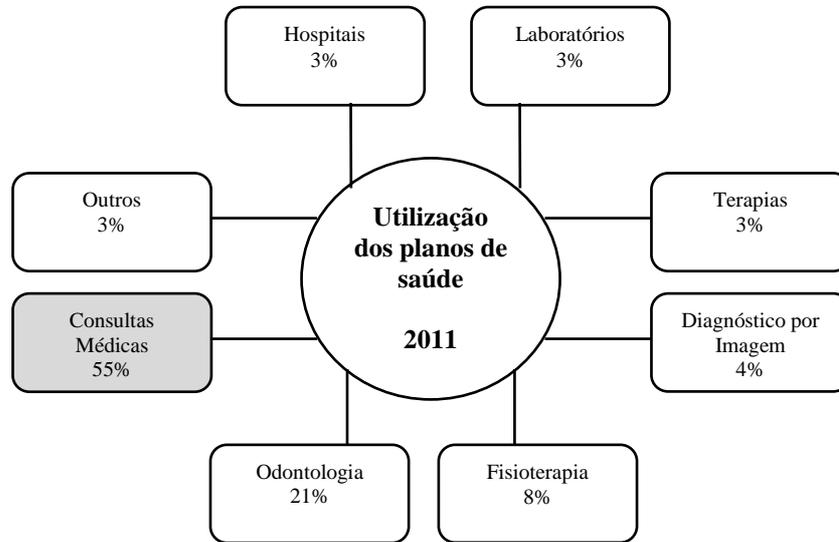
A pesquisa foi desenvolvida conforme o método de trabalho proposto na Figura 7.

Figura 7: Etapas do Método de Trabalho

Na etapa 1 foi elaborado o *framework* teórico. Nesta fase de caráter exploratório, foi realizada a pesquisa dos referenciais bibliográficos que contextualizam o problema, delineando as proposições e delimitando o estudo.

Na etapa 2 foram identificadas as características de quatro categorias de serviços de saúde estudadas no Artigo 1, para definição da categoria de fornecedores a ser escolhida para este estudo.

Na etapa 3 foram selecionados os fornecedores credenciados a operadoras de planos de saúde. Foram escolhidos 10 médicos, de especialidades variadas, que atuam como fornecedores credenciados a pelo menos duas diferentes operadoras de planos de saúde. Os profissionais realizam atendimentos em estabelecimentos localizados na Região Metropolitana de Porto Alegre e também na região do Vale do Rio dos Sinos, no estado do Rio Grande do Sul. A escolha da categoria médica como amostra se deu em função da sua representatividade na utilização dos beneficiários de planos de saúde, ilustrada na Figura 8. Conforme o Ministério da Saúde (2012), no ano de 2011, 55% dos atendimentos na saúde suplementar resultaram de consultas médicas. Isto confirma que mais da metade da demanda de utilização dos planos de saúde acontece junto a consultórios, clínicas médicas e de pronto atendimento.

Figura 8: Utilização dos Planos de Saúde no Brasil**Utilização dos planos de saúde em número de atendimentos no Brasil no ano de 2011**

Na etapa 4 foram selecionados gestores que atuam junto a operadoras de planos de saúde. Foram escolhidos 10 gestores que atuam junto aos serviços credenciados, de diferentes operadoras de planos de saúde. Estes profissionais exercem suas atividades em operadoras localizadas na Região Metropolitana de Porto Alegre e também na região do Vale do Rio dos Sinos, no estado do Rio Grande de Sul. A escolha da categoria dos gestores como representantes da operadora neste estudo se deu em função da relação mantida com os fornecedores, que resultam no seu envolvimento com a rede credenciada desde o processo de seleção e relacionamento durante o contrato.

Na etapa 5, o instrumento de coleta de dados foi elaborado. Um questionário semiestruturado constituído por 6 questões norteadoras, teve como objetivo obter informações sobre as diretrizes de gestão para a cadeia de fornecedores de serviços, sob o olhar dos fornecedores e também da operadora. A amostra selecionada para as entrevistas é composta por 10 fornecedores da categoria médica credenciados a pelo menos duas diferentes operadoras, e 10 gestores cuja atividade está relacionada à gestão da rede credenciada.

Na etapa 6, de caráter qualitativo, foram realizadas as entrevistas junto a amostra selecionada. As perguntas foram realizadas virtualmente, por meio de ferramentas como *Skype* e e-mail. A impossibilidade de realizar as entrevistas pessoalmente se deu em função da agenda dos entrevistados, principalmente dos médicos, que concordaram em participar da pesquisa se o meio eletrônico fosse a ferramenta utilizada. Todas as dúvidas que surgiram no retorno do questionário foram esclarecidas por e-mail ou por *Skype*.

Na etapa 7 foi realizada a triangulação dos dados, com a análise das similaridades e diferenças apontadas por fornecedores e gestores, no que diz respeito a gestão da cadeia de fornecedores de serviços na saúde suplementar.

4.4 ESTUDO DE CASO

A pesquisa de campo foi direcionada pelo *framework* teórico. A partir dele questionários semiestruturados foram elaborados, com questões norteadoras direcionadas para o grupo de fornecedores médicos e para o grupo de gestores.

O questionário contempla os mesmos aspectos para os dois grupos. As seis questões abordam os seguintes quesitos: escolha do fornecedor, elementos para avaliação do fornecedor, orientações por parte da operadora, remuneração, incentivo da operadora no desenvolvimento do fornecedor, utilização de indicadores de desempenho e melhoria contínua.

4.4.1 Coleta de Dados Junto aos Fornecedores

Com relação ao elemento “escolha do fornecedor”, os fornecedores responderam sobre os critérios que a operadora deve seguir na escolha de um fornecedor médico. Ao todo os fornecedores apontaram 15 critérios diferentes. O critério mais lembrado foi o currículo, seguido pelo diploma (local de formação), qualidade do serviço, qualificação técnica, tempo de atuação no mercado, adequação ao perfil da operadora, credibilidade, horários disponíveis, referências de outras operadoras, assiduidade, atendimento humanizado, eficiência, entrevista, responsabilidade e saúde física e mental do fornecedor. Além destes critérios, um dos fornecedores sugere que as operadoras façam uma espécie de teste com o serviço, avaliando sua atuação temporariamente antes de efetuar o credenciamento.

Com relação ao elemento “elementos para avaliação do fornecedor”, os fornecedores responderam sobre os elementos que a operadora deve utilizar na avaliação de desempenho do fornecedor médico. Ao todo os fornecedores apontaram 10 critérios diferentes. O critério mais lembrado foi a pesquisa de satisfação, seguido por dados estatísticos, resolutividade, qualidade do serviço, relação interpessoal, protocolos de avaliação de desempenho, pós-

atendimento, assiduidade, disponibilidade de horários, e dedicação profissional. Nas entrevistas a satisfação do cliente foi destacada, tendo a pesquisa de satisfação como elemento principal. Na opinião de um dos entrevistados, atendimentos realizados via Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC são utilizados somente para reclamações e não refletem a atuação positiva dos profissionais.

Com relação ao elemento “orientações fornecidas pela operadora”, os fornecedores responderam em relação ao processo de atendimento e a apresentação da sua produtividade. Dos 10 fornecedores, 5 responderam que não recebem orientações das operadoras, e somente 1 respondeu que sim. Os outros 4 fornecedores informaram que recebem orientações de algumas operadoras e de outras não. Nesta questão 2 fornecedores destacaram o fato das operadoras repassarem as orientações no início da prestação dos serviços, sem atualizá-las no decorrer do contrato. Salientaram ainda que muitas vezes ficam sabendo de alterações tanto no processo de atendimento, quanto na apresentação da produtividade quando falham e são corrigidos sobre uma ação da qual não tinham conhecimento.

Com relação ao elemento “remuneração”, os fornecedores responderam que os valores de remuneração exercem influência sobre o relacionamento com a operadora e no atendimento aos beneficiários. Dos 10 fornecedores, 6 responderam que se sentem desestimulados quando a remuneração é baixa, e somente 1 profissional informou que este quesito não influencia na relação com a operadora e com os beneficiários. Os outros 3 fornecedores relataram que remunerações abaixo do mercado influenciam no tempo e na qualidade do atendimento. Nesta questão foram destacados os valores fixos praticados pelas operadoras, com reajustes pouco significativos, e como consequência a falta de motivação. Outro ponto destacado foi a preocupação com a qualidade no atendimento. Quando a remuneração é baixa, o tempo das consultas é menor, e consequentemente a qualidade do atendimento também. Nestes casos, o médico atende em menos tempo, gera mais custo ao solicitar mais exames, e precisa estar sempre atualizado, para que tenha precisão e resolutividade no diagnóstico.

Com relação ao elemento “incentivo da operadora no desenvolvimento do fornecedor”, dos 10 fornecedores, 7 responderam que não recebem incentivo da operadora, e 3 responderam que já recebem este tipo de incentivo de algumas operadoras. Na entrevista dois pontos foram destacados: o fato do médico também buscar um atendimento de qualidade por parte da operadora, que geralmente o vê como uma força de trabalho cuja única função é despachar a demanda gerada pelos beneficiários.

Com relação ao elemento “indicadores de desempenho e melhoria contínua”, os fornecedores responderam sobre o conhecimento dos seus indicadores de desempenho fornecidos pela operadora, além de melhorias e sugestões para um plano de ação. Dos 10 fornecedores, 4 informaram que não recebem estas informações, e somente 1 respondeu que sim, com a ressalva de que isso acontece de forma subjetiva e sem dados concretos. Os outros 5 fornecedores respondem que somente algumas operadoras as quais são credenciadas fornecem esses dados. Os fornecedores que não recebem estas informações afirmaram que seria interessante ter acesso a elas, para que possam ter ideia da sua evolução e atuação junto às operadoras, e também como auxílio a gestão do serviço. Os fornecedores que responderam sim destacaram os indicadores com foco na redução de custos, e não na melhoria do desempenho do fornecedor.

4.4.2 Coleta de Dados Junto aos Gestores

Com relação ao elemento “escolha do fornecedor”, os gestores responderam sobre os critérios que a operadora deve seguir na escolha de um fornecedor médico. Ao todo os gestores apontaram 18 critérios diferentes. O critério mais lembrado foi a estrutura física, higiene e conservação, seguido por qualificação técnica, referências de outra operadora, localização, adequação ao perfil da operadora, documentação regularizada, necessidade da operadora, disponibilidade de horário, credibilidade, acessibilidade, acesso a internet, indicação de clientes, tempo de mercado, eficiência, empatia, parceria para desenvolvimento profissional, recursos humanos do fornecedor e responsabilidade social. Durante as entrevistas, foi destacada a importância do rigor necessário na seleção dos fornecedores, e também na responsabilidade que a operadora tem perante seus beneficiários quando escolhe a sua rede credenciada. A importância da relação entre operadora, fornecedor e beneficiário, somada a relevância da parceria entre os dois primeiros também foi citada pelos gestores.

Com relação ao elemento “elementos para avaliação do fornecedor”, os gestores responderam sobre os elementos que a operadora deve utilizar na avaliação de desempenho do fornecedor médico. Ao todo os gestores apontaram 13 critérios. O critério mais lembrado foi a pesquisa de satisfação, seguido por disponibilidade de horário, visitas ao fornecedor, custos gerados pelo fornecedor, volume de atendimento, demonstrativo de pagamento, relacionamento com a operadora, adaptação as regras da operadora, qualidade no

atendimento, resolutividade, gestão administrativa, satisfação do fornecedor e recursos humanos do fornecedor. Nesta questão foi destacada a importância da pesquisa de satisfação junto aos beneficiários, os custos gerados pelos fornecedores e o cumprimento das cláusulas estabelecidas no contrato entre as partes.

Com relação ao elemento “orientações fornecidas pela operadora”, os gestores responderam sobre as orientações fornecidas em relação ao processo de atendimento e a apresentação da produtividade dos fornecedores médicos. Dos 10 gestores, 8 afirmam que as operadoras fornecem orientações aos fornecedores, e 2 afirmam que nem sempre isso ocorre. De acordo com as respostas, as operadoras adotam a prática do treinamento para orientar os fornecedores no início do contrato, mas nem sempre esta prática segue adiante.

Com relação ao elemento “remuneração”, os gestores responderam sobre a influência que os valores de remuneração exercem sobre o relacionamento dos fornecedores médicos com a operadora e no atendimento aos beneficiários. Todos os gestores, sem exceção, afirmam que existe influência da remuneração tanto no relacionamento com a operadora quanto no atendimento. No relacionamento com a operadora, o principal reflexo está na falta de flexibilidade e dificuldade de negociação. Algumas especialidades solicitam aumentos abusivos, que se fossem praticados tirariam várias operadoras do mercado. Salienta-se ainda que as operadoras devem buscar um acordo junto aos prestadores, para que cheguem a um consenso que beneficie ambas as partes. Os valores de remuneração também influenciam no atendimento. Os gestores destacam que a redução de horários na agenda, a restrição aos atendimentos de urgência, e a qualidade do atendimento são diretamente influenciados quando existe insatisfação do fornecedor quanto a remuneração. Em alguns casos, os profissionais externam sua insatisfação para o beneficiário, o que colabora para prejudicar a imagem da operadora no mercado.

Com relação ao elemento “incentivo da operadora no desenvolvimento do fornecedor”, os gestores responderam sobre o incentivo ao desenvolvimento de processos de gestão que a operadora oferece aos seus fornecedores médicos. Dos 10 gestores, 5 afirmaram que a operadora não incentiva os fornecedores nesse sentido, enquanto 4 afirmaram que sim, e somente 1 fornecedor afirmou que esta prática acontece raramente. Ao responder esta questão, os gestores que relataram que não existe o incentivo salientaram que o processo de gestão fica por conta do fornecedor, e que eventualmente a operadora fornece ou sugere instrumentos que facilitem a sua rotina.

Os gestores que responderam sim afirmaram que o incentivo acontece com treinamentos contínuos, orientações sobre as falhas apontadas na entrega da produção,

sugestão de *softwares* que auxiliam na gestão, valorização dos processos da entrega da produtividade mais assertiva, e valores diferenciados para os serviços mais complexos. O único fornecedor que respondeu que o incentivo acontece raramente salientou que normalmente as operadoras desenvolvem ferramentas de gestão com o único objetivo de controlar as solicitações de exames e procedimentos, e para gerenciar e reduzir os custos gerados pela rede credenciada.

Com relação ao elemento “indicadores de desempenho e melhoria contínua”, os gestores responderam sobre os indicadores de desempenho, melhorias e sugestões de planos de ação da rede credenciada, e como estas informações são repassadas aos fornecedores. Dos 10 gestores, 8 responderam que as operadoras utilizam indicadores de desempenho, mas ainda não sugere efetivamente melhorias e não atuam com planos de ação. Os outros 2 fornecedores afirmaram que as operadoras não atuam com indicadores, mas que seria importante que este processo iniciasse o quanto antes, como uma ferramenta que agregaria no relacionamento com a rede credenciada. Os fornecedores que responderam sim apontaram como principais indicadores a pesquisa de satisfação, os índices de reclamações e a estrutura de atendimento. Também foram citados relatórios informativos quanto ao tempo de espera para agendamento, volume de atendimento, resolutividade, procedimentos e exames solicitados, falhas e acertos apontados na apresentação da produtividade.

4.5 ANÁLISE E PROPOSIÇÃO DE DIRETRIZES

A pesquisa de campo realizada com fornecedores e gestores que realizam atividades junto às operadoras revelou pontos similares e divergentes para os mesmos elementos. No elemento referente aos critérios que levam a seleção do fornecedor que fará parte da rede credenciada, percebe-se que houveram 7 critérios em comum entre os dois grupos, relacionados a seguir em ordem alfabética: adequação ao perfil da operadora, credibilidade, eficiência, horários disponíveis, qualificação técnica, referências de outras operadoras e tempo de atuação no mercado. Nos critérios divergentes, destaca-se o fato da estrutura física, higiene e conservação ter sido citada pelos 10 gestores, se tornando o critério mais lembrado e unânime para os gestores, enquanto os fornecedores não o citaram nenhuma vez. Outro item citado pelo somente pelos gestores é a documentação regularizada do fornecedor, que é um pré-requisito para o funcionamento do serviço. Por outro lado, somente os fornecedores

citaram o atendimento humanizado, salientando o quanto é importante personalizar a assistência ao usuário.

Considerando que a seleção do fornecedor é uma tomada de decisão que otimiza objetivos como custo, qualidade, velocidade e vantagem competitiva (LOW e CHEN, 2012), e que esta escolha é determinante e decisiva para a longevidade da relação e rentabilidade (TSIROS *et al.*,2009), nota-se que operadoras e fornecedores ainda têm entendimentos divergentes sobre o que é importante para um processo de credenciamento. O processo de construção da rede credenciada pode ter como critérios a reputação, a confiança, a reciprocidade e a interdependência (WATSON, 2012), porém, nesta pesquisa nenhum deles foi lembrado.

Em um mercado onde a política de credenciamento é um dos atributos necessários para o fornecimento de serviços de saúde à rede prestadora (CAMPOS, 2004), ambas as partes concordam em alguns critérios, porém, quesitos relevantes foram lembrados somente por uma das partes. Logo, questiona-se o fato pelo qual contratante e contratado tem entendimentos diferentes do que é necessário para o processo de credenciamento. Para que a prestação de serviços se mantenha qualificada, é importante que ambas as partes concordem em relação ao um mínimo de requisitos que devem ser cumpridos para o fornecimento de serviços aos beneficiários.

No elemento referente aos elementos utilizados na avaliação de desempenho do fornecedor médico alguns elementos também que se repetiram entre os dois grupos. Neste caso, a diferença está na concordância que houve entre as partes em relação ao elemento mais lembrado. Para ambos os grupos, a satisfação do beneficiário foi o elemento mais citado. A disponibilidade de horário foi um dos elementos relevantes em comum entre gestores e fornecedores, já que a prontidão representa uma importante característica dos serviços (CONSTANTINESCU, 2012). Por outro lado, gestão, que vem sendo reconhecida em uma série de experiências de serviços (AFLAKI e POPESCU, 2011), foi lembrada apenas uma vez pelos gestores.

Em relação às similaridades e diferenças entre as respostas dos de fornecedores e gestores, neste caso o elemento mais lembrado foi o mesmo. É necessário conhecer a rede credenciada de serviços (PAIM e ZUCCHI, 2011), e ambos os grupos parecem ter esse entendimento pelos elementos apontados, porém, os interpretam de maneira diferente. Este resultado vai de encontro à interpretação dos achados no primeiro elemento.

Considerando que a adequação das operadoras as normas da ANS, em que se inclui a avaliação da qualidade dos serviços credenciados, suas condições de funcionamento e a

qualidade da assistência fornecida (PAIM e ZUCCHI, 2011), observa-se que não existe um padrão na saúde suplementar, e que fornecedores e operadoras tem visão diferente sobre os elementos que seriam os adequados na avaliação da rede credenciada.

No elemento referente as orientações fornecidas pela operadora em relação ao processo de atendimento e a apresentação da sua produtividade, a maioria dos respondentes de ambos os grupos conformou receber orientações da operadora. Ambos salientaram que a orientação acontece no início da prestação do serviço, e que esta prática não costuma se desenvolver no decorrer do contrato.

Gestores e fornecedores concordam neste elemento, porém, para que os serviços prestados por meio da rede credenciada se tornarem eficientes e eficazes, deve haver a cooperação entre as partes (LOW e CHEN, 2012). A operadora, como contratante, deve capacitar o seu fornecedor, qualificando-a tecnicamente e administrativamente (PAIM e ZUCCHI, 2011).

Os resultados demonstram que esta prática é adotada pelas operadoras somente na fase inicial, e os fornecedores por sua vez relatam ficar sabendo de atualizações quando realizam uma atividade cujo processo ainda não era do seu conhecimento.

No elemento referente à influência dos valores de remuneração exerce sobre o relacionamento com a operadora e no atendimento aos beneficiários, com exceção de um entrevistado, todos os demais afirmaram que os valores repassados ao fornecedor influenciam no serviço. Quando existe insatisfação em relação à remuneração, o beneficiário pode ser afetado ao ser atendido em menos tempo e com menos atenção. Se a remuneração é baixa, o tempo das consultas é menor, assim como a qualidade do atendimento.

O pagamento pode ser visto como uma ferramenta na melhoria do desempenho do fornecedor (SONGSTAD *et al*, 2012). De acordo com a pesquisa, operadoras e fornecedores tem ciência que a insatisfação com o pagamento tem reflexos importantes no serviço prestado ao cliente final. Nestes casos, uma alternativa seria o pagamento por desempenho, que estabelece metas para o fornecedor (SONGSTAD *et al*, 2012). Assim, a rede credenciada se dedicaria mais aos quesitos estabelecidos pelas operadoras, melhorando seu desempenho e sua remuneração.

Os resultados apontam que o pagamento por desempenho ainda não vem sendo adotado pelas operadoras. Esta poderia ser a solução para a falta de incentivo por desempenho para fornecedores de serviço de saúde (COKER *et al*, 2012).

No elemento referente ao incentivo ao desenvolvimento de processos de gestão, a maioria dos fornecedores afirmou não que recebe, o que vai de encontro a resposta dos

gestores, que tem a consciência de que treinamentos acontecem somente no início do contrato. A importância do incentivo aos processos de serviços também motiva o desempenho dos fornecedores (BENNET, 2012), mas o consenso das respostas revela que as operadoras desenvolvem pouco esta prática.

No elemento referente aos indicadores de desempenho, melhorias e sugestões de planos de ação por parte da operadora, a maioria dos fornecedores afirmou receber apenas orientações sobre os indicadores de desempenho, assim como a maioria dos gestores. Ambos os grupos afirmam que as operadoras não costumam sugerir melhorias e planos de ação para os fornecedores, e entendem que seria importante que essa prática fosse adotada.

O Quadro 6 apresenta a síntese com os principais elementos relacionados por fornecedores e gestores.

Quadro 6: Síntese dos Principais Elementos

Síntese dos principais elementos relacionados por fornecedores e gestores			
Elementos	Desdobramento	Fornecedores	Gestores
Escolha do fornecedor	<ul style="list-style-type: none"> - escolha determinante para a longevidade da relação - escolha decisiva para a rentabilidade - reputação, confiança, reciprocidade e interdependência como critérios na construção da rede credenciada - otimização de custo, qualidade, velocidade e vantagem competitiva 	<ul style="list-style-type: none"> - currículo - diploma (local de formação) - qualidade do serviço - qualificação técnica - tempo de atuação no mercado - adequação ao perfil da operadora - credibilidade - horários disponíveis - referências de outras operadoras - assiduidade - atendimento humanizado - eficiência - entrevista - responsabilidade - saúde física e mental do fornecedor 	<ul style="list-style-type: none"> - estrutura física, higiene e conservação - qualificação técnica - referências de outra operadora - localização - adequação ao perfil da operadora - documentação regularizada - necessidade da operadora - disponibilidade de horário - credibilidade - acessibilidade - acesso a internet - indicação de clientes - tempo de mercado - eficiência - empatia - parceria para desenvolvimento profissional - recursos humanos do fornecedor - responsabilidade social
Avaliação do fornecedor	<ul style="list-style-type: none"> - prontidão é uma importante característica - reconhecimento da gestão na experiência de serviços - comprometimento dos fornecedores - conhecimento da rede credenciada de serviços - qualidade da assistência fornecida - condições de funcionamento 	<ul style="list-style-type: none"> - pesquisa de satisfação - dados estatísticos - resolutividade - qualidade do serviço - relação interpessoal - protocolos de avaliação de desempenho - pós-atendimento - assiduidade - disponibilidade de horários - dedicação profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> - pesquisa de satisfação do beneficiário - disponibilidade de horário - visitas ao fornecedor - custos gerados pelo fornecedor - volume de atendimento - demonstrativo de pagamento - relacionamento com a operadora - adaptação as regras da operadora - qualidade no atendimento - resolutividade, - gestão administrativa - satisfação do fornecedor - recursos humanos do fornecedor

Continua

Continuação

Elementos	Desdobramento	Fornecedores	Gestores
Orientações da operadora	<ul style="list-style-type: none"> - padrão de entrega do serviço - limites estabelecidos pela operadora - diretrizes estabelecidas pela operadora - menor custo para a organização na gestão dos fornecedores - cooperação entre fornecedores e operadora - estratégia de orientação com foco nas relações 	<ul style="list-style-type: none"> - as orientações nem sempre são repassadas pelas operadoras - orientações fornecidas no início do contrato - atualizações no processo de atendimento não são comunicadas antecipadamente - atualizações sobre a apresentação da produtividade não são comunicadas antecipadamente 	<ul style="list-style-type: none"> - as orientações nem sempre são repassadas pelas operadoras - orientações fornecidas no início do contrato
Remuneração	<ul style="list-style-type: none"> - motivação para melhoria de desempenho - inclusão do pagamento de desempenho - metas de desempenho para pagamento 	<ul style="list-style-type: none"> - influencia diretamente na motivação - somente em um caso não influencia na relação com a operadora e com os beneficiários - influencia no tempo de atendimento - influencia na qualidade do atendimento - valores fixos com reajustes pouco significativos - influencia no aumento do custo – influencia na atualização do fornecedor, para que tenha precisão e resolutividade no diagnóstico 	<ul style="list-style-type: none"> - influencia no relacionamento com a operadora quanto no atendimento - influencia na falta de flexibilidade e dificuldade de negociação - operadoras devem buscar um acordo junto aos prestadores, para que cheguem a um consenso que beneficie ambas as partes - fornecedores solicitam aumentos abusivos - influenciam na qualidade do atendimento - redução de horários na agenda, - restrição aos atendimentos de urgência - fornecedores externam sua insatisfação para o beneficiário, prejudicando a imagem da operadora no mercado.
Incentivo da operadora	<ul style="list-style-type: none"> - foco na relação B2B (Business-to-business) - foco na retenção de clientes - processos de atendimento com foco na qualidade - processos de atendimento com foco na prestação eficiente dos serviços 	<ul style="list-style-type: none"> - as operadoras nem sempre incentivam o desenvolvimento dos fornecedores - o fato do médico também buscar um atendimento de qualidade por parte da operadora, que geralmente o vê como uma força de trabalho cuja única função é despachar a demanda gerada pelos beneficiários 	<ul style="list-style-type: none"> - as operadoras nem sempre incentivam o desenvolvimento dos fornecedores - o processo de gestão fica por conta do fornecedor - treinamentos contínuos - sugestão de softwares - valorização dos processos da entrega da produtividade assertiva - valores diferenciados para os serviços mais complexos - ferramentas para gerenciar e reduzir os custos - eventualmente a operadora fornece ou sugere instrumentos
Indicadores de desempenho	<ul style="list-style-type: none"> - prestar melhores serviços - adquirir qualidade operacional - maior número de serviços - conhecimentos, habilidades e melhorias - redução de custos 	<ul style="list-style-type: none"> - as operadoras nem sempre utilizam e divulgam indicadores de desempenho - quando existe a divulgação de indicadores os dados são subjetivos - seria interessante ter acesso a elas, para que possam ter ideia da sua evolução e atuação junto às operadoras, e também como auxílio a gestão do serviço - foco na redução de custos, e não na melhoria do desempenho do fornecedor. 	<ul style="list-style-type: none"> - as operadoras que utilizam indicadores ainda não sugerem melhorias e planos de ação aos fornecedores - pesquisa de satisfação - índices de reclamações - estrutura de atendimento - tempo de espera para agendamento - volume de atendimento - resolutividade - procedimentos e exames solicitados - falhas e acertos apontados na apresentação da produtividade.

Relacionando as respostas para todas as questões, tanto de fornecedores, quanto de gestores, é possível observar que ainda existe muito a ser desenvolvido nesta relação. Os fornecedores elencam critérios de seleção e de avaliação que não estão alinhados com os que foram citados pelos gestores. Embora ambos tenham citado alguns critérios semelhantes,

nota-se que existem disparidades no que diz respeito a quantidade e ao que julgam ser importante na escolha e na avaliação do desempenho do fornecedor. O alinhamento destes critérios é importante para que a contratação não tenha como consequência o cancelamento futuro do contrato em função do mau desempenho do fornecedor (TYNKKYNEN, LEHTO e MIETTINEN, 2012).

Relatos demonstram que fornecedores não recebem incentivos para o desenvolvimento e a gestão dos seus serviços. A operadora se empenha em treinamentos iniciais, mas não costuma desenvolver sua rede credenciada no decorrer do contrato. As entrevistas também confirmam que os valores praticados pelas operadoras recebem poucos reajustes, e que não existe um modelo de pagamento por desempenho. Os aspectos citados podem refletir diretamente na qualidade dos serviços prestados, na satisfação das necessidades dos beneficiários, no custo para a organização, na gestão, e nos limites e diretrizes estabelecidas (CONSTANTINESCU, 2012).

Enquanto fornecedores enxergarem a operadora como uma organização que visa redução de custos, e que não se preocupa em estabelecer uma parceria com os fornecedores, auxiliando no seu desenvolvimento, não acontecerá a cooperação entre estes grupos, fundamental para o sucesso dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde (WATSON, 2012). Por outro lado, enquanto a operadora se preocupar com o desenvolvimento e a gestão do fornecedor credenciado somente no início da parceria, focando na redução de custos, existirá somente uma simples troca, ao invés de uma aliança de sucesso (WATSON, 2012).

Em um mercado que corresponde a 57% de todos os gastos em saúde do Brasil, cujo atendimento é realizado por fornecedores credenciados (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011), o estabelecimento de diretrizes de gestão para estes serviços é de grande valia para o resultado junto aos beneficiários. Elementos baseados em avaliação de desempenho, incentivos de remuneração, indicadores e planos de ação, valorizam o fornecedor e melhoram sua relação com a operadora.

Com base no *framework* teórico e na pesquisa de campo, o Quadro 7 apresenta as diretrizes sugeridas para a gestão da cadeia de fornecedores de serviços médicos na saúde complementar.

As diretrizes sugeridas nesta pesquisa, serão as mesmas para fornecedores e gestores. Por se tratar de um contexto onde os serviços são fornecidos a beneficiários de planos de saúde, é importante que operadora e fornecedor tenham o mesmo entendimento sobre as

necessidades de ambas as partes para que a gestão da cadeia possa ser feita de forma homogênea.

Tabela 7: Diretrizes

Diretrizes para a gestão da cadeia de fornecedores de serviços médicos		
Elementos	Desdobramento	Diretrizes Fornecedores / Gestores
Escolha do fornecedor	<ul style="list-style-type: none"> - escolha determinante para a longevidade da relação - escolha decisiva para a rentabilidade - reputação, confiança, reciprocidade e interdependência como critérios na construção da rede credenciada - otimização de custo, qualidade, velocidade e vantagem competitiva 	<p>As diretrizes sugeridas como base para a escolha do fornecedor consideram elementos como rentabilidade, reputação, confiança, reciprocidade, interdependência, custo, qualidade, velocidade e vantagem competitiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> - estrutura física, higiene e conservação (normas vigilância sanitária) - documentação regularizada - qualificação técnica - tempo de atuação no mercado - adequação ao perfil da operadora - credibilidade - horários disponíveis - referências de outras operadoras - eficiência - localização - acessibilidade - parceria para desenvolvimento profissional
Avaliação do fornecedor	<ul style="list-style-type: none"> - prontidão é uma importante característica - reconhecimento da gestão na experiência de serviços - comprometimento dos fornecedores - conhecimento da rede credenciada de serviços - qualidade da assistência fornecida - condições de funcionamento 	<p>As diretrizes sugeridas como base para a avaliação do fornecedor conhecimento da rede credenciada consideram elementos como prontidão, gestão, comprometimento, qualidade na assistência e condições de funcionamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - pesquisa de satisfação - resolatividade - qualidade do serviço - relação interpessoal - protocolos de avaliação de desempenho - disponibilidade de horários - visitas ao fornecedor - custos gerados pelo fornecedor - volume de atendimento - adaptação as regras da operadora - gestão administrativa
Orientações da operadora	<ul style="list-style-type: none"> - padrão de entrega do serviço - limites estabelecidos pela operadora - diretrizes estabelecidas pela operadora - menor custo para a organização na gestão dos fornecedores - cooperação entre fornecedores e operadora - estratégia de orientação com foco nas relações 	<p>As diretrizes sugeridas como base para que a operadora repasse orientações para o fornecedor consideram elementos como padrão de entrega do serviço, limites e diretrizes da operadora, menos custo, estratégias de orientação, e cooperação entre as partes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - treinamento inicial - orientações com foco no processo de atendimento - orientações com foco na apresentação da produtividade - atualizações periódicas - canal de suporte da operadora para atender o fornecedor quando necessário - manual de instruções atualizado e de fácil acesso para a rede credenciada
Remuneração	<ul style="list-style-type: none"> - motivação para melhoria de desempenho - inclusão do pagamento de desempenho - metas de desempenho para pagamento 	<p>As diretrizes sugeridas como base para que a remuneração oferecida pela operadora não influencie no desempenho do fornecedor, consideram elementos como motivação, pagamento por desempenho e metas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - programa de pagamento vinculado aos resultados baseado em metas - metas relacionadas a disponibilidade de horário, satisfação do beneficiário, resolatividade, apresentação da produtividade e qualidade técnica - reajustes periódicos conforme contrato - flexibilidade para negociação

Continua

Continuação

Elementos	Desdobramento	Diretrizes Fornecedores / Gestores
Incentivo da operadora	<ul style="list-style-type: none"> - foco na relação B2B (Business-to-business) - foco na retenção de clientes - processos de atendimento com foco na qualidade - processos de atendimento com foco na prestação eficiente dos serviços 	<p>As diretrizes sugeridas como base para que a operadora incentive no desempenho do processos de gestão do fornecedor consideram elementos como foco na relação com a operadora e beneficiários, retenção de clientes, qualidade, processos de atendimento eficientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificação das necessidades do fornecedor frente a processos de gestão - reconhecimento do fornecedor como um parceiro - sugestão de ferramentas de gestão para redução de custos - sugestão de softwares de gestão - acompanhamento contínuo na implementação dos processo de atendimento da operadora
Indicadores de desempenho	<ul style="list-style-type: none"> - prestar melhores serviços - adquirir qualidade operacional - maior número de serviços - conhecimentos, habilidades e melhorias - redução de custos 	<p>As diretrizes sugeridas como base para que a operadora forneça indicadores de desempenho e incentive melhoria contínua consideram elementos como melhoria na prestação de serviços, qualidade operacional, oferta de novos serviços, redução de custos, conhecimentos, habilidade e melhorias.</p> <ul style="list-style-type: none"> - divulgação periódica dos indicadores de desempenho do fornecedor - suporte ao desenvolvimento do fornecedor - indicadores como foco na redução de custos; satisfação do beneficiário; estrutura de atendimento; horários disponíveis; volume de atendimento; resolutividade; apresentação da produtividade

4.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa possibilitou a proposição de diretrizes para a gestão da cadeia de fornecedores de serviços na saúde suplementar. O estudo foi realizado junto a um grupo de fornecedores de serviços médicos vinculados a operadoras de planos de saúde, e também a um grupo de gestores que atuam junto a rede credenciada de operadoras. Os resultados apresentados indicam que ainda existem lacunas na relação entre operadoras e fornecedores de serviços de saúde.

Ambos concordam que existem dificuldades no que diz respeito à remuneração, as orientações sobre o processo de trabalho, no incentivo ao desenvolvimento e na apresentação de indicadores e planos de ação. Além disso, os critérios de escolha dos fornecedores credenciados, e os elementos para a avaliação do seu desempenho apresentam divergência de ambas as partes. Percebe-se que não existe uma padronização neste mercado, nem entre as operadoras, nem por parte da ANS. A adoção da padronização dos processos poderia uniformizar a gestão dos fornecedores de serviços, melhorando assim a relação com a operadora, com resultados positivos para operadora, fornecedor e beneficiário.

Espera-se contribuir com esta pesquisa no meio acadêmico, trazendo possibilidades para a implementação de diretrizes para desenvolvimento dos fornecedores de serviços de saúde. No meio gerencial espera-se contribuir no desenvolvimento e na melhoria da relação

entre as operadoras e os fornecedores de serviços de saúde, permitindo que a cooperação com os fornecedores para prestação de serviços seja mais eficaz e eficiente, e que o fornecedor selecionado seja apropriado (HOLWEG e PIL, 2012).

Considerando o desenvolvimento da saúde suplementar no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), sugere-se para trabalhos futuros estudos que pesquisem o reflexo do atendimento dos fornecedores de serviços de saúde na retenção de clientes, além de pesquisas que relacionem as melhores práticas de gestão adotadas pela cadeia de fornecedores de serviços de saúde. Também se sugere o estudo de operadoras de planos de saúde resultados satisfatórios na satisfação e retenção de clientes.

REFERÊNCIAS CITADAS NO ARTIGO

AFLAKI, S; POPESCU, I. **Managing satisfaction in relationship over time.** Faculty & Research Working Paper, v. 1, n. 8, p. 1- 32, 2011.

ALBUQUERQUE, G. ET AL. **Integração vertical nas operadoras de assistência médica privada: um estudo exploratório na região de São Paulo.** Revista Produção, v.21, n.1, p. 39-52, 2011.

BAJEC, P. **An analysis of the logistics innovation development process at logistics service providers.** Scientific Papers of the University of Pardubice, v. 16, p. 5-18, 2011.

BENNETT, A. **Accountable Care Organizations: Principles and Implications for Hospital Administrators.** Journal of Healthcare management, v. 57, n. 4, p. 57- 63, 2012.

CAMPOS, C. da C. **Um estudo das relações entre operadoras de plano de assistência à saúde e prestadores de serviço.** Trabalho de Conclusão do Curso de Mestrado Profissionalizante em Engenharia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Engenharia – modalidade Profissionalizante – Ênfase em Gerência de Serviços – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, 2004.

CARVALHO, E.B.; CECÍLIO, L.C.O. **A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2167-2177, 2007.

COKER, T ET AL. **Well-Child Care Practice Redesign for Low-Income Children: The Perspectives of Health Plans, Medical Groups, and State Agencies.** Academic Pediatric Association, v. 12, n. 1, 43-52, 2012.

CONSTANTINESCU, D. **Public-private partnership role in increasing the quality of the health insurance services** Theoretical and Applied Economics, v. 14, n. 10, p. 31-54, 2012.

CRESWELL, J. **Research design: Qualitative, quantitative, and mixed method approaches.** United States of America: Sage Publications, 2003.

CUGINOTTI, A. **Transição tecnológica em uma operadora de plano de saúde: o olhar do usuário.** Physis, v.21, n.1, p. 159 -176, 2011.

FREITAS, R. ET AL. **Estudo dos modelos assistenciais praticados por operadoras de planos privados de saúde.** Physis, v. 21, n. 4, p. 1561-1577, 2011.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.**São Paulo: Atlas. 1999.

HAQUE, A ET AL. **The Impact of Customer Perceived Service Quality on Customer Satisfaction for PrivateHealth Centre in Malaysia: A Structural Equation Modeling Approach.**Information Management and Business Review, v. 4, n..5, p. 257-267, 2012.

LOW, C; CHEN, Y. **Criteria for the Evaluation of a Cloud-Based Hospital Information System Outsourcing Provider.**J Med System, v.36, p. 3543–3553, 2012.

MANGAN, J. ET AL **Combining quantitative and qualitative methodologies in logistics research.**International Journal of Physical Distribution & Logistics Management, v. 34, n. 7, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar : Beneficiários, Operadoras e Planos.** Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Planos odontológicos: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar.** Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO), 1ª Edição, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas.** Série Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nº 3, 2002.

MOORE, D. ET AL. **An Appealing Connection–The Role of Relationship Marketing in the Attraction and Retention of Students in an Australian Tertiary Context.** Asian Social Science; v. 8, n. 14, p. 1911-2025, 2012

PAIM, J., ZUCCHI, A. **The Brazilian health system: history, advances, and challenges.** The Lancet v. 377, n. 21, p. 1778–1797, 2011.

POON, W. **Major Factors Influencing the Performance of Local Private Third Party Logistics Service Providers in Southern China.** Journal of Management Research, v. 4, n. 1, p. 1941 – 1989, 2012.

SAMUEL, C. ET AL. **Supply chain dynamics in healthcare services.** International Journal of Health Care Quality Assurance, v. 23, n. 7, p. 631-642 2010.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M., **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação.** Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – PPGEP, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, 2005.

SCHIOZER, F. ET AL. **Financial health and customer satisfaction in private health care providers in Brazil.** Caderno de Saúde Pública, v. 27, n. 11, p. 2175-2187, 2011.

SONGSTAD, N. ET AL. **Assessing performance enhancing tools: experiences with the open performance review and appraisal system (OPRAS) and expectations towards**

payment for performance (P4P) in the public health sector in Tanzania. Globalization and Health, v.8, n.1, p. 8-33, 2012.

TSIROS, M.; ROSS, W.; MITTAL, V. *How Commitment Influences the Termination of B2B.* Exchange Relationships Journal of Service Research, v. 11, p. 263-276, 2009.

TYNKKYNEN, L, ET AL. **Framing the decision to contract out elderly care and primary health care services – perspectives of local level politicians and civil servants in Finland.** BMC Health Services Research, v. 12, n. 201, p. 1-12, 2012.

VAITSMAN, J; ANDRADE, G. **Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 599 –613, 2005.

VELOSO, G.; MALIK, A. **Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde.** RAE – Revista de Administração de Empresas, © RAE-eletrônica, v. 9, n. 2010.

WATSON, L. **Factors Influencing the Relationship Between Contract Providers and a State Funding Agency.** Administration in Social Work, v. 36, p. 343–358, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso – Planejamento e Métodos.** 2ª edição, Porto Alegre:Bookman, 2001.

5 ANÁLISE

Os resultados apresentados nos Artigos 1 e 2 serviram como base para a análise e discussão desta pesquisa, cujo objetivo geral é desenvolver as diretrizes para o desenvolvimento da gestão para a cadeia de fornecedores de serviços na saúde suplementar.

Ao analisar os dados coletados o Artigo 1, que aborda os elementos indutores ao credenciamento, foi possível observar que a cadeia de fornecedores credenciados a planos de saúde ainda demonstra carência em práticas de gestão. Este achado se assemelha as afirmações de Vries e Huijsman (2011), que observaram a falta de integração por processos, fluxos de informação, processos de planejamento, processos intra e inter-organizacionais por parte dos fornecedores de serviço.

O interesse em fornecer para operadoras de planos de saúde se dá em função da grande demanda e da remuneração garantida em contrato. Já que as operadoras de planos de saúde remuneram valores mais baixos do que cobrados em atendimentos particulares, nota-se a necessidade de uma mudança estratégica por parte dos fornecedores, assim como a afirmação feita por Vries e Huijsman (2011). Em sua pesquisa, os autores destacam a busca de estratégia dos fornecedores, por meio do controle de custos, integração dos processos, e mecanismos que buscam a melhoria dos resultados do serviço.

Em função dos modelos de remuneração adotados pelas operadoras, os fornecedores de serviços optaram por otimizar seus recursos, identificando tempo e equipes capacitadas. Tal conduta converge com Rahimnia (2010), que afirma que a otimização de recursos pode ser uma estratégia adotada por fornecedores de serviços na redução de custos.

Existe uma preocupação por parte dos fornecedores em fidelizar os beneficiários de planos de saúde. Para isso, buscam a captação novos clientes por meio do atendimento, considerando recursos como qualidade, e relacionamento. Tal achado está alinhado com o exposto em York e McCarthy (2011), cujo estudo aponta que o atendimento de qualidade pode ser uma alternativa para retenção a captação de clientes.

Na utilização de ferramentas de gestão e tecnologia, é possível notar que onde há mais tecnologia e menos contato com o cliente, há mais práticas de gestão, e onde há mais proximidade no relacionamento com o cliente, as práticas de gestão são menos utilizadas. Estes resultados convergem com a consideração de Hellstorm *et. al* (2010), que afirmam que onde as práticas de gestão são menos utilizadas, os gestores tradicionalmente se concentram na qualidade de cuidados.

Ao analisar os dados coletados no Artigo 2, que sugere diretrizes para o desenvolvimento da gestão da cadeia de fornecedores de serviços médicos, é possível verificar que ainda existe muito a ser desenvolvido na relação fornecedor e operadora. Este achado vai ao encontro das afirmações de Constantinescu (2012), que aponta a necessidade de alinhamento dos critérios de seleção e avaliação do fornecedor, assim como no incentivo para o desenvolvimento e a gestão dos seus serviços.

Para o sucesso dos serviços, é necessário que haja a cooperação entre estes grupos. Watson (2012) destacou em seus estudos que a falta de cooperação entre contratante e fornecedor incentiva conflitos e disparidades. Enquanto a operadora não se preocupa com o desenvolvimento e a gestão do fornecedor credenciado, se preocupando única e exclusivamente em manter um fornecedor credenciado que atenda a demanda da operadora, não será estabelecida uma relação de parceria.

Com base nestes achados, o Artigo 2 sugeriu diretrizes para fornecedores de serviços médicos e gestores, por considerar importante que operadora e fornecedor tenham o mesmo entendimento sobre as necessidades de ambas as partes, na tentativa de homogeneizar a gestão da cadeia de fornecedores de serviços.

Embora os estudos realizados nos Artigos 1 e 2 tenham focado categorias específicas de fornecedores de serviços de saúde, a possibilidade de que os resultados sejam aplicados a outras categorias de fornecedores de serviços de saúde credenciados a operadoras não é descartada.

As diretrizes foram sugeridas considerando os seguintes elementos: critérios para escolha e avaliação do fornecedor, orientações da operadora, remuneração, incentivo da operadora e indicadores. No elemento referente a critérios para escolha do fornecedor houve divergências entre as partes. Embora alguns critérios tenham se repetido para fornecedores e gestores, o entendimento do que é importante em um processo de credenciamento não é o mesmo para os dois grupos. Esta situação se repetiu da mesma forma em relação aos critérios para avaliação do fornecedor.

No elemento referente as orientações fornecidas pelas operadoras, foi possível perceber que existe uma preocupação em orientar o fornecedor no início do contrato, porém, no decorrer da prestação de serviços esta atividade não é retomada.

No elemento referente a remuneração, incentivo da operadora e indicadores, os resultados apontam que não existem processos bem desenvolvidos. A remuneração sofre poucos reajustes, e não existe um programa de remuneração por desempenho. As operadoras pouco incentivam os fornecedores à gestão, embora tenham ciência de quanto este

procedimento é importante. Também não é rotina das operadoras informar indicadores periodicamente, e incentivar a melhoria contínua do fornecedor.

O Quadro 8 apresenta as diretrizes para o desenvolvimento da gestão da cadeia de fornecedores. Sugere-se que as diretrizes também sejam aplicadas junto aos gestores das operadoras, pois o resultado do serviço prestado favorece ambas as partes.

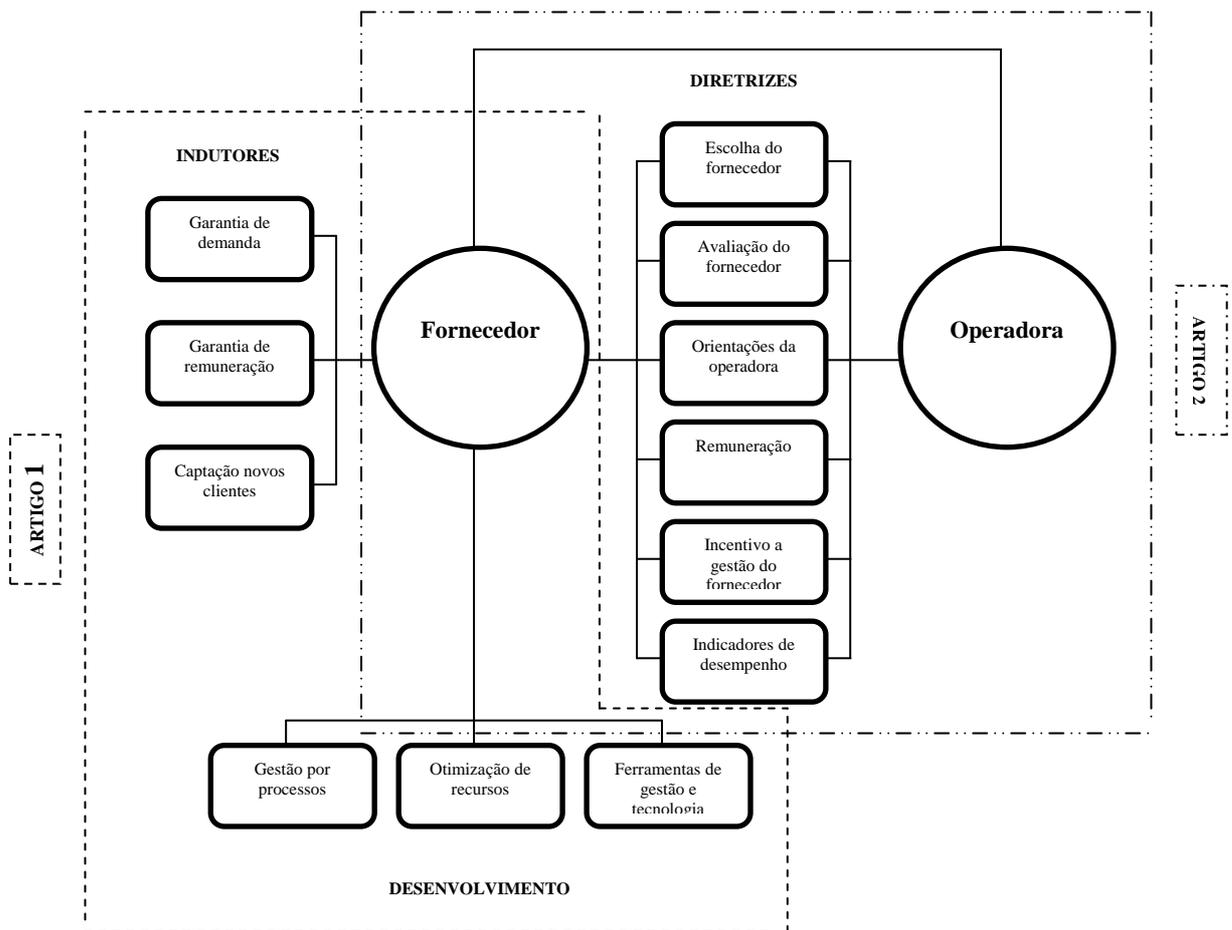
Quadro 8: Diretrizes para o Desenvolvimento da Rede Credenciada

Escolha do fornecedor
<p>As diretrizes sugeridas como base para a escolha do fornecedor consideram elementos como rentabilidade, reputação, confiança, reciprocidade, interdependência, custo, qualidade, velocidade e vantagem competitiva. (LOW e CHEN, 2012; TSIROS, ROSS e MITTAL, 2009; WATSON, 2012)</p> <ul style="list-style-type: none"> - estrutura física, higiene e conservação (normas vigilância sanitária). - documentação regularizada - qualificação técnica - tempo de atuação no mercado - adequação ao perfil da operadora - credibilidade - horários disponíveis - referências de outras operadoras - eficiência - localização - acessibilidade - parceria para desenvolvimento profissional
Avaliação do Fornecedor
<p>As diretrizes sugeridas como base para a avaliação do fornecedor e conhecimento da rede credenciada consideram elementos como prontidão, gestão, comprometimento, qualidade na assistência e condições de funcionamento (AFLAKI e POPESCU, 2011; CONSTANTINESCU, 2012; M. TSIROS, W. ROSS JR e V. MITTAL, 2009; PAIM e ZUCCHI, 2011).</p> <ul style="list-style-type: none"> - pesquisa de satisfação - resolutividade - qualidade do serviço - relação interpessoal - protocolos de avaliação de desempenho - disponibilidade de horários - visitas ao fornecedor - custos gerados pelo fornecedor - volume de atendimento - adaptação as regras da operadora - gestão administrativa
Orientações da operadora
<p>As diretrizes sugeridas como base para que a operadora repasse orientações para o fornecedor consideram elementos como padrão de entrega do serviço, limites e diretrizes da operadora, menos custo, estratégias de orientação, e cooperação entre as partes. (CONSTANTINESCU, 2012; MOORE, LAY-HWA e EVERSON, 2012; TYNKKYNEN <i>et al</i>, 2012)</p> <ul style="list-style-type: none"> - treinamento inicial - orientações com foco no processo de atendimento - orientações com foco na apresentação da produtividade - atualizações periódicas - canal de suporte da operadora para atender o fornecedor quando necessário - manual de instruções atualizado e de fácil acesso para a rede credenciada
Remuneração
<p>As diretrizes sugeridas como base para que a remuneração oferecida pela operadora não influencie no desempenho do fornecedor, consideram elementos como motivação, pagamento por desempenho e metas (SONGSTAD <i>et al</i>, 2012; COKER <i>et al</i>, 2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> - programa de pagamento vinculado aos resultados baseado em metas - metas relacionadas a disponibilidade de horário, satisfação do beneficiário, resolutividade, apresentação da produtividade e qualidade técnica - reajustes periódicos conforme contrato - flexibilidade para negociação
Incentivo da Operadora
<p>As diretrizes sugeridas como base para que a operadora incentive no desempenho do processos de gestão do fornecedor consideram elementos como foco na relação com a operadora e beneficiários, retenção de clientes, qualidade, processos de atendimento eficientes. (AFLAKI e POPESCU, 2011; BENNET, 2012; CONSTANTINESCU, 2012) MOORE, LAY-HWA e EVERSON, 2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificação das necessidades do fornecedor frente a processos de gestão - reconhecimento do fornecedor como um parceiro - sugestão de ferramentas de gestão para redução de custos - sugestão de softwares de gestão

- acompanhamento contínuo na implementação dos processo de atendimento da operadora
Indicadores
As diretrizes sugeridas como base para que a operadora forneça indicadores de desempenho e incentive a melhoria contínua consideram elementos como melhoria na prestação de serviços, qualidade operacional, oferta de novos serviços, redução de custos, conhecimentos, habilidade e melhorias. (AFLAKI e POPESCU, 2011; BAJEC, 2012)
- divulgação periódica dos indicadores de desempenho do fornecedor
- suporte ao desenvolvimento do fornecedor
- indicadores como foco na redução de custos; satisfação do beneficiário; estrutura de atendimento; horários disponíveis; volume de atendimento; resolutividade; apresentação da produtividade

A Figura 9 apresenta de forma sintética um modelo com os principais pontos na relação entre a gestão da cadeia de fornecedores de serviços de saúde, os elementos indutores de credenciamento, e as diretrizes sugeridas para o desenvolvimento da gestão dos fornecedores de serviços na saúde suplementar.

Figura 9: Gestão da Cadeia de Fornecedores na Saúde Suplementar



Os achados desta pesquisa demonstram que fornecedores de serviços de saúde se credenciam as operadoras de planos de saúde em função da garantia de demanda, garantia de pagamento, e da possibilidade de captar novos clientes. Embora a tabela de remuneração dos planos de saúde não ofereça os mesmos valores do que os atendimentos particulares, a

demanda gerada é interessante para o fornecedor. Os dados do Ministério da Saúde (2009, 2011, 2012) apontam o crescimento do mercado da saúde suplementar. Conseqüentemente, os fornecedores que não aderirem a esta realidade, terão dificuldades de concorrer com os demais. Mas para isso, é necessário desenvolver a gestão do serviço.

A gestão por processos, a otimização de recursos, e a utilização de tecnologia são ferramentas para gestão da cadeia de suprimentos apontados por Rahimnia (2010) ainda são pouco utilizadas por fornecedores de serviços de saúde. Preocupados com as atividades assistenciais, os fornecedores não priorizam a gestão dos seus negócios, cujas conseqüências podem ser prejudiciais para o seu desenvolvimento e sobrevivência no mercado.

Além disso, do ponto de vista prático, pode-se perceber na pesquisa de campo, que a gestão dos fornecedores credenciados aos planos de saúde é feita por profissionais com formação técnico assistencial, com pouco conhecimento e atuação na área de gestão. Sabendo desta realidade, e das dificuldades relacionadas a este cenário, operadoras e fornecedores podem evoluir adotando diretrizes com o objetivo de desenvolver a rede e qualificar o serviço prestado ao beneficiário.

O conjunto de diretrizes proposto nesta dissertação foi desenvolvido a partir de 6 elementos que podem ser considerados a base de uma parceria entre o fornecedor de serviços de saúde e a operadora. As diretrizes sugeridas são as mesmas para gestores e fornecedores, considerando que ambos devem ter o mesmo entendimento sobre o que é relevante para esta relação, e para o resultado dos serviços prestados. Passando pela escolha e avaliação do fornecedor, orientações da operadora, remuneração, incentivo da operadora e indicadores, as diretrizes podem vir a apoiar o desenvolvimento de uma cadeia de fornecedores de serviços de saúde de outras categorias além das estudadas nesta pesquisa.

Espera-se contribuir com esta pesquisa no meio acadêmico, trazendo possibilidades para a implementação de diretrizes para desenvolvimento dos fornecedores de serviços de saúde. No meio gerencial espera-se contribuir no desenvolvimento e na melhoria da relação entre as operadoras e os fornecedores de serviços de saúde, permitindo que a cooperação com as partes seja mais eficiente, adotando práticas de gestão que venham a agregar nos resultados de operadoras, fornecedores de serviços credenciados e beneficiários.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um mercado que corresponde a 57% de todos os gastos em saúde do Brasil, cujo atendimento é realizado por fornecedores credenciados, a gestão da cadeia de fornecedores de serviços de saúde é de grande valia para o desenvolvimento do mercado da saúde suplementar.

A presente pesquisa possibilitou a análise dos motivos que levam fornecedores de serviços a se manterem credenciados junto às operadoras de planos de saúde. A demanda de usuários de planos de saúde, aliadas a remuneração paga em dia, e possibilidade de captar novos clientes foram destacadas. Percebe-se ainda a carência de práticas de gestão e ferramentas de tecnologia por parte dos fornecedores.

Diretrizes para o desenvolvimento da gestão da cadeia de fornecedores também foram sugeridas neste estudo. Os achados demonstram que ainda existem lacunas na relação entre operadoras e fornecedores de serviços de saúde. Ambos concordam que ainda existem dificuldades em elementos como remuneração, orientações sobre o processo de trabalho, incentivo ao desenvolvimento e apresentação de indicadores e planos de ação. Os critérios de escolha dos fornecedores credenciados, e os elementos para a avaliação do seu desempenho apresentam divergência entre os fornecedores e operadoras.

Quando o atendimento ocorre na rede credenciada, a gestão da cadeia de fornecedores torna-se um diferencial no serviço prestado e na satisfação do cliente. Sabendo que os planos de saúde representam um importante canal de atendimento ao cidadão, e que a regulação deste setor estimula a concorrência (LEAL e MATOS, 2009), esta pesquisa sugere a implementação do modelo proposto a outras categorias de fornecedores de serviços de saúde.

O modelo estudado pode contribuir com operadoras de planos de saúde na gestão da sua rede credenciada, a exemplo na operadora estudada no Artigo 1, que conta de uma rede com aproximadamente 1.000 fornecedores de serviço. Adotando as diretrizes, a operadora em questão solidificaria seu relacionamento com a rede, desenvolvendo e valorizando seus fornecedores, além de fortalecer a parceria.

Para pesquisas futuras, sugere-se estudos de outros modelos de gestão da cadeia de fornecedores de serviços de saúde com foco na retenção de clientes, estudando operadoras de planos de saúde com resultados satisfatórios na satisfação e retenção de clientes. Também se sugere pesquisas que relacionem as melhores práticas de gestão adotadas pela cadeia de fornecedores de serviços de saúde.

Esta dissertação foi estruturada na forma de dois artigos científicos. Os benefícios deste formato estão na objetividade e na divulgação dos resultados obtidos, que em breve estarão sendo submetidos para futuras publicações.

REFERÊNCIAS

AFLAKI, S; POPESCU, I. **Managing satisfaction in relationship over time.** Faculty & Research Working Paper, v. 1, n. 8, p. 1- 32, 2011.

ALBUQUERQUE, G. ET AL. **Integração vertical nas operadoras de assistência médica privada: um estudo exploratório na região de São Paulo.** Revista Produção, v.21, n.1, p. 39-52 , 2011.

ALBUQUERQUE, A. ET AL. **A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro.** Ciência & Saúde Coletiva, v.13, n. 5, p.1421-1430, 2008.

AMATURANGA, D. ET AL. **Quantitative and qualitative research in the built environment: application of “mixed” research approach.** Work Study, v. 51, n. 1, p. 17-31, 2002.

ANDERSON, S.W. ET AL. **The Impact of Service Operations Failures on Customer Satisfaction: Evidence on How Failures and Their Source Affect What Matters to Customers.** Manufacturing & Service Operations Management, v.11, n.1, p. 52-69, 2008.

BAJEC, P. **An analysis of the logistics innovation development process at logistics service providers.** Scientific Papers of the University of Pardubice, v. 16, p. 5-18, 2011.

BENNETT, A. **Accountable Care Organizations: Principles and Implications for Hospital Administrators.** Journal of Healthcare management, v. 57, n. 4, p. 57- 63, 2012.

BERCHTOLD, P. ET AL. **Differences of the quality of care experience: the perception of patients with either network or conventional health plans.** Published by Oxford University Press. Family Practice, v. 28, p. 406–413, 2011.

CAMPOS, C. da C. **Um estudo das relações entre operadoras de plano de assistência à saúde e prestadores de serviço.** Trabalho de Conclusão do Curso de Mestrado

Profissionalizante em Engenharia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Engenharia – modalidade Profissionalizante – Ênfase em Gerência de Serviços – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, 2004.

CARVALHO, E.B.; CECÍLIO, L.C.O. **A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n.9, p. 2167-2177, 2007.

COKER, T ET AL. **Well-Child Care Practice Redesign for Low-Income Children: The Perspectives of Health Plans, Medical Groups, and State Agencies.** Academic Pediatric Association, v. 12, n. 1, 43-52, 2012.

CONSTANTINESCU, D. **Public-private partnership role in increasing the quality of the health insurance services** Theoretical and Applied Economics, v. 14, n. 10, p. 31-54, 2012.

CRESWELL, J. **Research design: Qualitative, quantitative, and mixed method approaches.** United States of America: Sage Publications, 2003.

CUGINOTTI, A. **Transição tecnológica em uma operadora de plano de saúde: o olhar do usuário.** Physis, v.21, n.1, p. 159 -176, 2011.

D'AVILA, S. ET AL. **A Assistência Odontológica x Planos de Saúde: Um Estudo em Campina Grande, Paraíba, Brasil.** Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, João Pessoa, v. 7, n. 3, p. 259-263, 2007.

DANAHER, P.J, **Who Wants a Relationship Anyway? Conditions When Consumers Expect a Relationship With Their Service Provider.** Journal of Service Research, v.11, n.1, p. 43-62, 2008.

EIJKENAAR, F, ET AL. **Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews.** Health Policy, v. 110, p. 115 -130, 2013.

FREITAS, R. ET AL. **Estudo dos modelos assistenciais praticados por operadoras de planos privados de saúde.** Physis, v. 21, n. 4, p. 1561-1577, 2011.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas. 1999.

GRAWE, S. J., ET AL. **Logistics Service Providers and Their Customers: Gaining Commitment Through Organizational Implants.** Journal of Business Logistics, v.33, n.1, p. 50–63, 2012.

GRÖNROOS, C, RAVALD, A. **Implications for Value Creation and Marketing.** Journal of Service Management, Service as Business Logic, v.22, n.1, p. 5-22, 2010.

GUIMARÃES, A. L. S.; ALVES, W. **Preveno a insolvência de operadoras de planos de saúde.** RAE – Revista de Administração de Empresas, v. 49, n. 4, p. 459 – 471, 2009.

HANDLEY, S.; BENTON, W. **Unlocking the business outsourcing process model.** Journal of Operations Management, v. 27, p. 344–361, 2009.

HAQUE, A ET AL. **The Impact of Customer Perceived Service Quality on Customer Satisfaction for Private Health Centre in Malaysia: A Structural Equation Modeling Approach.** Information Management and Business Review, v. 4, n..5, p. 257-267, 2012.

HELLSTROM, A. ET AL. **Process management in healthcare: investigating why it's easier said than done.** Journal of Manufacturing Technology Management, v. 21, n. 4, 2010.

JAYAWARDHENA, C. **The impact of service encounter quality in service evaluation : evidence from a business-to-business context.** Journal of Business & Industrial Marketing, v. 25, n.5, p. 338 – 348, 2010.

JORGE, A. O. **Refletindo sobre a caminhada. Panoramas ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar.** Rio de Janeiro: ANS, 2008.

JONSEN, K., JEHN, K. A. **Using triangulation to validate themes in qualitative studies.** Qualitative Research in Organizations and management: An International Journal, v.4, n.2, p. 338 – 348, 2009

KUMAR, R.; KUMAR, U.A **conceptual framework for the development of a service delivery strategy for industrial systems and products.**Journalof Business and Industrial Marketing,v. 19, n. 5, p. 310-319, 2004.

LEAL, R. M.; MATOS, J. B. B. **Planos de saúde: uma análise de custos assistenciais e seus componentes.**RAE, São Paulo,v. 49, n. 4, p. 447 – 458, 2009.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços, marketing e gestão.** São Paulo: Saraiva, 2002.

LOW, C; CHEN, Y.**Criteria for the Evaluation of a Cloud-Based Hospital Information System Outsourcing Provider.**J Med System, v.36, p. 3543–3553, 2012.

MANGAN, J. ET AL **Combining quantitative and qualitative methodologies in logistics research.** International Journal of Physical Distribution & Logistics Management, v. 34, n. 7, p. 565-578, 2004.

MEIJBOOM, B. ET AL. **Supply chain management practices for improving patient oriented care.** Emerald Group Publishing Limited. Supply Chain Management: An International Journal, v. 194, n. 901, p. 166 – 175, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar : Beneficiários, Operadoras e Planos.** Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar : Beneficiários, Operadoras e Planos.** Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Planos odontológicos: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar.** Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO), 1ª Edição, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas.**Série Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nº 3, 2002.

MOORE, D. ET AL. **An Appealing Connection–The Role of Relationship Marketing in the Attraction and Retention of Students in an Australian Tertiary Context.** Asian Social Science; v. 8, n. 14, p. 1911-2025, 2012

OCKÉ-REIS, C.O. **Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde.** Ciência&Saúde Coletiva, v. 12, n. 4, p. 1041-1050, 2006.

PAIM, J., ZUCCHI, A. **The Brazilian health system: history, advances, and challenges.** Lancet, v. 97, n. 377, p. 1778–97, 2011.

PARIDA, B. B.; BAKSI, A. K. **Customer retention and profitability: CRM Environment.** SCMS Journal of Indian Management, A Quarterly Journal, v.9, n.1, p. 88-103, 2011.

POLLACK, B. L. **Linking the hierarchical service quality model to customer satisfaction and loyalty.** Journal of Services Marketing, v. 23, n. 1, p. 42–50, 2009.

POON, W. **Major Factors Influencing the Performance of Local Private Third Party Logistics Service Providers in Southern China.** Journal of Management Research, v. 4, n. 1, p. 1941 – 1989, 2012.

RAHIMNIA, F.; MOGHADASIAN, M. **Supply chain leagility in professional services: how to apply decoupling point concept in health care delivery system.** Supply Chain Management: An International Journal, v.15, n. 1, p. 80– 91, 2010.

RIBEIRO, J. M. ET AL. **Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n. 5, p. 1477-1487, 2008.

SAMUEL, C. ET AL. **Supply chain dynamics in healthcare services.** International Journal of Health Care Quality Assurance, v. 23, n. 7, p. 631-642, 2010.

SCHIOZER, F. ET AL. **Financial health and customer satisfaction in private health care providers in Brazil.** Caderno de Saúde Pública, v. 27, n. 11, p. 2175-2187, 2011.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M., **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação.** Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – PPGEPP, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, 2005.

SONGSTAD, N. ET AL. **Assessing performance enhancing tools: experiences with the open performance review and appraisal system (OPRAS) and expectations towards payment for performance (P4P) in the public health sector in Tanzania.** Globalization and Health, v.8, n.1, p. 8-33, 2012.

SOUZA, M. A.; SALVALAIO, D. **Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de planos de saúde.** Revista Panamericana de Salud Publica, v. 28, n. 4, p. 305-310, 2010.

TSIROS, M.; ROSS, W.; MITTAL, V. **How Commitment Influences the Termination of B2B.** Exchange Relationships Journal of Service Research, v. 11, n.3 , p 263-276, 2009.

TYNKKYNEN, L, ET AL. **Framing the decision to contract out elderly care and primary health care services – perspectives of local level politicians and civil servants in Finland.** BMC Health Services Research, v. 12, n. 201, p. 1-12, 2012.

VELOSO, G.; MALIK, A. **Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde.** RAE – Revista de Administração de Empresas, © RAE-eletrônica, v. 9, n. 2010.

VIANA, A. ET AL, 2012. **Um estudo sobre a insolvência das operadoras de planos de saúde.** Anais XXXVI Encontro da ANPAD, 2012.

VLÈKOVÁ, V.; BEDNAOÍKOVÁ, M. **Influence of CRM Strategy Usage on the Human Resources Development.** Vadyba Management, v.2, n. 15, p. 83-89, 2007.

VRIES, J.; HUIJSMAN, R. **Supply chain management in health services: an overview.** Supply Chain Management: An International Journal, v. 16, n. 3, pp.159 – 165, 2011.

WATSON, L. **Factors Influencing the Relationship Between Contract Providers and a State Funding Agency.** Administration in Social Work, v. 36, p. 343–358, 2012.

WESTERT, G.P. ET AL. **Dutch Health Care Report.** National Institute for Public Health, Bilthoven, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso – Planejamento e Métodos.** 2ª edição, Porto Alegre:Bookman, 2001.

YORK, A.; MCCHARTHY, K. **Patient, staff and physician satisfaction: a new model, instrument and their implications.** International Journal of Health Care Quality Assurance, v. 24, n. 2, p. 178-191, 2011.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE PESQUISA FORNECEDOR – ARTIGO 1

Perfil do Fornecedor

Nome da clínica/consultório/laboratório: _____

Ramo: _____

Planos de saúde credenciados: _____

Número de profissionais na equipe: _____

Número de consultórios/salas de atendimento: _____

Perfil do Entrevistado

Nome gestor/proprietário: _____

Formação: _____

#	Constructo	Questão
1	Contexto	Quais as práticas de gestão que o tornam competitivo, considerando as características do serviço?
2	Contexto	Como são definidos os processos de trabalho e seus responsáveis?
3	Contexto	Como sua empresa faz uso das ferramentas de tecnologia da informação p/ a gestão da empresa?
4	Desenvolvimento de fornecedor	Como sua empresa troca informações sobre serviços e novas tecnologias com outras empresas do setor?
5	Desenvolvimento de fornecedor	Como sua empresa faz para otimizar o uso dos profissionais e equipamentos existentes?
6	Encontro de Serviços	Como sua empresa orienta a equipe de atendimento com vistas à fidelização do cliente? Cite exemplos em que este relacionamento trouxe resultados positivos à empresa.
7	Encontro de Serviços	Como sua empresa avalia o desempenho do profissional de atendimento? Como esses profissionais são valorizados pela empresa?
8	Encontro de Serviços	Como sua empresa faz para satisfazer seus clientes? Quais são os resultados dessas ações? Em que aspecto suas práticas se diferenciam das demais em uso pelo mercado?
9	Encontro de Serviços	Como sua empresa gerencia as reclamações dos clientes? Em que aspecto suas práticas se diferenciam das demais em uso pelo mercado?
10	Encontro de Serviços Operacional	Como você avalia a observância dos procedimentos e roteiros de atendimento por parte dos funcionários nas etapas do atendimento inicial?
11	Valor	Qual a estratégia adotada por sua empresa na prestação de serviços para clientes particulares e beneficiários de diferentes operadoras?
12	Valor	Como sua empresa aborda a questão dos serviços não cobertos pelas operadoras? Quais os resultados dessa prática? Em que a mesma é diferente das demais praticadas no setor?
13	Valor	Como sua empresa faz do relacionamento com o cliente uma barreira ante à concorrência?
14	Valor Avaliação	Quais os critérios levados em consideração no credenciamento junto a operadoras de planos de saúde?
15	Valor Ambiente	Sua empresa está preocupada em proporcionar um ambiente agradável para receber o cliente? Quais são os fatores considerados importantes no planejamento da recepção, sala de espera, e o local onde são realizados os procedimentos?

APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE PESQUISA GESTORES ARTIGO 2

Perfil da Operadora

Nome da operadora: _____

Número de fornecedores credenciados: _____

Número de beneficiários: _____

Tempo de atuação no mercado: _____

Perfil do Gestor

Nome: _____

Tempo de atuação na operadora: _____

	Elemento	Questão
1	Escolha do fornecedor	Que critérios devem ser seguidos na escolha de um fornecedor de serviços de saúde?
2	Avaliação do fornecedor	Que elementos devem ser utilizados na avaliação de desempenho do fornecedor na rede credenciada?
3	Orientações da operadora	Os credenciados recebem as devidas orientações sobre processo de atendimento e apresentação da produtividade?
4	Remuneração	De que forma os valores de remuneração influenciam no relacionamento com os fornecedores e no atendimento aos beneficiários?
5	Incentivo da operadora	A operadora incentiva seus fornecedores a desenvolverem processos de gestão, com o intuito de fortalecer o relacionamento e a qualidade dos serviços prestados?
6	Indicadores	A operadora utiliza indicadores de desempenho para os fornecedores? Como eles são agrupados e classificados? Existem metas de desempenho que exijam planos de ação e melhoria contínua?

APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE PESQUISA GESTORES ARTIGO 2

Perfil do Fornecedor

Nome da clínica/consultório: _____

Especialidade: _____

Planos de saúde credenciados: _____

Tempo de atuação no mercado: _____

Perfil do Médico

Nome: _____

Formação: _____

	Elemento	Questão
1	Escolha do fornecedor	Que critérios a operadora deve seguir na escolha de um fornecedor de serviços de saúde?
2	Avaliação do fornecedor	Que elementos a operadora deve utilizar na avaliação de desempenho do fornecedor na rede credenciada?
3	Orientações da operadora	Você recebe as devidas orientações sobre processo de atendimento e apresentação da produtividade?
4	Remuneração	4. De que forma os valores de remuneração influenciam no relacionamento com a operadora e no atendimento aos beneficiários?
5	Incentivo da operadora	A operadora incentiva seus fornecedores a desenvolverem processos de gestão, com o intuito de fortalecer o relacionamento e a qualidade dos serviços prestados?
6	Indicadores	A operadora informa os fornecedores médicos sobre o seus indicadores de desempenho, informando melhorias e sugerindo a utilização de um plano de ação?

APÊNDICE D – SÍNTESE DAS ENTREVISTAS DO ARTIGO 1 POR CATEGORIA

Síntese das entrevistas por categoria				
Questão	Fisioterapia	Odontologia	Laboratórios	Clínica de Especialidades
1. Quais as práticas de gestão que o tornam competitivo, considerando as características do serviço?	<ul style="list-style-type: none"> - Em um caso utilização de software para registro e acompanhamento do beneficiário - Multifuncionalidade de profissionais - Reuniões periódicas de avaliação 	<ul style="list-style-type: none"> - Todos as clínicas citam o atendimento com uma prática de gestão; - Seleção de profissionais qualificados aparece em três casos; - Um dos entrevistados relata não ter nenhuma prática formal; - A boa remuneração aparece sendo considerada um diferencial para manter profissionais qualificados; - Materiais e equipamentos de qualidade; - Apenas um caso cita a pesquisa 360 graus. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização de programas de qualidade específicos para laboratórios; - Tecnologia aplicada ao negócio - Em um caso específico uma preocupação muito grande com custos, até mesmo maior que a com qualidade do atendimento; - Terceirização de exames; - Reuniões gerenciais para avaliação dos resultados; 	<ul style="list-style-type: none"> - Atender às necessidades dos clientes; - Oferecer várias especialidades; - Agilidade no atendimento e nos resultados; - Em apenas um caso aparece a preocupação com a contratação de bons profissionais e sua satisfação; - Acompanhamento da demanda através do cadastro dos beneficiários; - Planejamento estratégico.
2. Como são definidos os processos de trabalho e seus responsáveis?	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimentos clínicos definidos de acordo com o beneficiário, mas o procedimento de atendimento é padronizado - Horários de atendimento definido (45 min), e por consequência a capacidade da clínica - Preocupação com o cumprimento dos horários; 	<ul style="list-style-type: none"> - Os processos técnicos soa definidos de acordo com cada especialidade e formação do profissional; - Os processos administrativos são definidos e acompanhado pelos gestores; - A responsabilidade de cada função é definida conforme a importância da mesma e de acordo com a hierarquia e competência do cargo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verificação de procedimentos operacionais; - Normas e padrões que regulamentam o setor; - Profissionais com tarefas estabelecidas; - Verifica-se em um dos casos uma preocupação com automatização de procedimentos manuais; - Treinamento dos funcionários; - Sistemas informatizados auxiliam na definição da sequência de atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> - O atendimento técnico está relacionado á especialidade de cada profissional; - Os procedimentos são padronizados pela natureza da atividade; - A recepção é acompanhada pelos gestores; - Em outro caso, a empresa é setorizada e cada área tem um responsável; - Uma das clínicas relata ter um manual com os processos de todos os setores.
3. Como sua empresa faz uso das ferramentas de tecnologia da informação p/ a gestão da empresa?	<ul style="list-style-type: none"> - Não se verifica a utilização de softwares para gestão das clínicas; - Os sistemas mais utilizados ainda foram inseridos pelas operadoras de plano de saúde; - Verifica-se ainda a utilização de fichas em papel; 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição de um sistema de gestão integrado e personalizado para a empresa em um dos casos, principalmente em função do grande volume de atendimento de convênios; - Nos demais a utilização de tecnologia é muito limitada, com alguns relatórios e os demais processos são manuais (prontuário, agendas) 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização ampla de sistemas informatizados para gestão e acompanhamento dos resultados dos exames; - Publicação de exames na internet para facilitar os resultados para os médicos e para beneficiários; - Funcionários recebem 1 mês de treinamento; 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de um sistema de gestão financeira e cadastro feito sob encomenda para a empresa em um dos casos, que ainda está em fase de implementação; - Ferramentas básicas oferecidas pelas operadoras; - Nos demais a utilização de tecnologia é muito limitada, com alguns relatórios e os demais processos são manuais (prontuário, agendas)

Questão	Fisioterapia	Odontologia	Laboratórios	Clínica de Especialidades
4. Como sua empresa troca informações sobre serviços e novas tecnologias com outras empresas do setor?	<ul style="list-style-type: none"> - A troca de informação é praticamente nula, os profissionais se veem como concorrentes; - As informações são inseridas no mercado pelos profissionais que de forma independente buscam aperfeiçoamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - A troca acontece de forma informal em função da relação entre os cirurgiões-dentistas, que se encontram em cursos, eventos e congressos, e se enxergam como colegas, o que facilita a comunicação; - Profissionais que trabalham em mais de um local trazem novas informações; - O fato de estar a muito tempo na cidade também facilita a troca de informações; 	<ul style="list-style-type: none"> - A troca de informação se dá basicamente com laboratórios maiores que são parceiros das unidades pesquisadas; - Mercado bastante fechado; 	<ul style="list-style-type: none"> - Um dos entrevistados torça informações somente com a família, que também tem negócios no mesmo ramo; - Não existe troca direta de informações entre as clínicas; - Seguem-se as normas estabelecidas pela ANS, informações relacionadas a equipamentos e através de profissionais que trabalham em outros locais.
5. Como sua empresa faz para otimizar o uso dos profissionais e equipamentos existentes?	<ul style="list-style-type: none"> - A avaliação dos profissionais se dá de forma informal, através do feedback de clientes e dos resultados do tratamento; - Parte dos profissionais são estagiários, e não possuem possibilidade de efetivação em função dos custos fixos; - Não há reconhecimento financeiro pelo bom trabalho executado; 	<ul style="list-style-type: none"> - As avaliações se dão de forma informal, através de observação, reclamações e comentários dos clientes; - Somente um caso utiliza pesquisas de satisfação; - A valorização é aplicada em somente dois casos, através de cursos, promoção e aumento salarial para profissionais que “vestem a camisa”; 	<ul style="list-style-type: none"> - As avaliações se dão de forma informal; - Há reconhecimento financeiro, por tempo de serviço e reajustes anuais; - Há a possibilidade de crescimento para outras áreas; - Verifica-se grande rotatividade do setor. 	<ul style="list-style-type: none"> - As avaliações de são de maneira informal; - Profissionais com qualificação diferenciada recebem um aumento percentual por hora trabalhada; - Aumento de salário a cima da média em um dos casos
6. Como sua empresa orienta a equipe de atendimento com vistas à fidelização do cliente? Cite exemplos em que este relacionamento trouxe resultados positivos à empresa.	<ul style="list-style-type: none"> - Há multifuncionalidade dos profissionais, um profissional atende mais de um cliente ao mesmo tempo; - Os equipamentos são utilizados com revezamento, durante os horários de atendimento; 	<ul style="list-style-type: none"> - A auxiliar de consultório dentário atende a mais de um profissional ao mesmo tempo, com atividades de esterilização, recolhimento e abastecimentos dos gabinetes odontológicos; - Monitoramento de agenda e acompanhamento do tempo de espera; - Um dos casos relata ociosidade de 50% por ter perdido um dos convênios que atendia; 	<ul style="list-style-type: none"> - Os funcionários são multifuncionais; - Há a terceirização de alguns exames esporádicos; - Definição de horários para otimizar a mão de obra, e concentrar a demanda; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ocupação das agendas para evitar a ociosidade dos profissionais; - Agendas com horários livres abriam oportunidade para que fossem oferecidas outras especialidades;
7. Como sua empresa avalia o desempenho do profissional de atendimento? Como esses profissionais são valorizados pela empresa?	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica-se poucas práticas de atendimento, a uma orientação para o cliente ser atendido com cordialidade, mas nada muito formal; - parte do atendimento fica por conta dos próprios profissionais que criam vínculo com os clientes; - E um caso verifica-se a oferta de serviços complementares, com valores reduzidos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção no atendimento ao cliente, onde ele não deve ser tratado como “mais um”, e sim receber um atendimento de qualidade, tanto pela equipe técnica quanto pela administrativa; - Facilitar os processos, conciliar horários com encaixes de agenda; - Proximidade com o cliente aparece em um dos casos, relatando a importância de conhecer os hábitos, rotina e preferência de cada um; - Um entrevistado relata que no final de 2010 revelou que 60% dos beneficiários particulares atendidos no ano foram provenientes de atendimentos de convênio; - Os clientes indicam novos clientes à empresa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os clientes são tratados da mesma forma independente da de são convênios ou particular; - Os profissionais tentam deixar os clientes tranquilos com o procedimento; - Os funcionários recebem treinamento e orientações quanto aos procedimentos de atendimento 	<ul style="list-style-type: none"> - Cordialidade e educação no atendimento ao cliente; - Apresentação dos profissionais e treinamento são relatados em apenas um caso; - A satisfação no atendimento ao cliente é mais importante do que a qualificação técnica; - O resultado é o retorno dos clientes e a indicação do local para outros beneficiários;

Questão	Fisioterapia	Odontologia	Laboratórios	Clínica de Especialidades
8. Como sua empresa faz para satisfazer seus clientes? Quais são os resultados dessas ações? Em que aspecto suas práticas se diferenciam das demais em uso pelo mercado?	<ul style="list-style-type: none"> - A oferta de serviços complementares com preços acessíveis, torna-se um diferencial; - O atendimento de menos clientes simultaneamente; - Empatia dos atendentes; - Os resultados são indicação de novos clientes; 	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento diferenciado, todos os clientes são tratados da mesma forma; - Disponibilidade de horários após às 18h; - Distribuição de brindes; - Equipe com foco no cliente; - 	<ul style="list-style-type: none"> - Os funcionários recebem treinamento de atendimento; - Estrutura adequada para recepção do cliente com TV, ar condicionado, boa localização e em alguns casos lanches após os exames em jejum; - Disponibilização de exames via WEB ou entrega dos exames para o médico; 	<ul style="list-style-type: none"> - Localização e fácil acesso; - Todos os clientes são tratados da mesma forma; - Monitoramento da agenda mantendo um baixo tempo de espera; - Pesquisas de satisfação e monitoramento da evolução do atendimento aparecem somente em um caso.
9. Como sua empresa gerencia as reclamações dos clientes? Em que aspecto suas práticas se diferenciam das demais em uso pelo mercado?	<ul style="list-style-type: none"> - O tratamento das reclamações é tratado de forma muito informal, e fica na responsabilidade dos atendentes; - As vezes diagnósticos incorreto dos médicos dificultam o tratamento; 	<ul style="list-style-type: none"> - Somente um caso utiliza a pesquisa de satisfação, nos demais a reclamação é tratada informalmente; - As reclamações podem gerar mudanças e melhorias de acordo com a percepção do cliente; - Em um dos casos o retorno é dado ao cliente pela gestora da empresa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica-se um processo um pouco mais formal de tratamento de reclamação de clientes, em um caso com pesquisa estruturada, e dando um retorno ao cliente; - Verifica-se em um dos casos que as reclamações geraram alteração de processos na clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reclamações são informais, com exceção de um dos casos; - Quando os relatos são consistentes as reclamações são tratadas buscando a satisfação do cliente; - Há relatos de que a reclamação se dá pelo stress do beneficiário e nem sempre tem justificativa.
10. Como você avalia a observância dos procedimentos e roteiros de atendimento por parte dos funcionários nas etapas do atendimento inicial?	<p>Na parte clínica os procedimentos são determinados e seguidos de acordo com o beneficiário, e são seguidos para o sucesso do tratamento;</p> <p>Quando a recepção e processos administrativos, parte dos procedimentos já são definidos pelas próprias operadoras do plano de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A observância dos procedimentos se dá de forma informal, através do acompanhamento e observação do gestor; - Os processos também são acompanhados por registros de atendimento em prontuários e nas pesquisas de satisfação; - Os processos podem ser modificados conforme a necessidade identificada pelo gestor. 	<p>Verifica-se que na maioria dos casos não há um sistema formal dos procedimentos. O processo se dá por meio de observação e monitoramento por parte do gestor da empresa. Em apenas um dos casos foi citado a utilização de sistema informatizado para monitoramento dos procedimentos. Observa-se que há a crença de se há resultado final satisfatório o procedimento foi efetuado de forma correta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Na área técnica o acompanhamento é feito de acordo com a orientação recebida pelo cliente para dar seguimento ao tratamento, assim como registros em prontuários e guias de consulta; - Na recepção o acompanhamento é feito em loco; - Os roteiros de atendimento podem ser influenciados pela pontualidade do cliente;
11. Qual a estratégia adotada por sua empresa na prestação de serviços para clientes particulares e beneficiários de diferentes operadoras?	<p>Verifica-se que não há diferença no atendimento entre os diferentes clientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Não há diferença no atendimento, com exceção de um caso que tem datas específicas para atender um convênio; 	<p>Na maioria dos casos não há diferenciação no atendimento ao cliente. Somente em um caso o atendimento é vinculado ao convênio com a operadora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Não existe diferenciação no atendimento; - Alguns locais oferecem preços maiores acessíveis e pagamento em cartões de crédito para clientes particulares.
12. Como sua empresa aborda a questão dos serviços não cobertos pelas operadoras? Quais os resultados dessa prática? Em que a mesma é diferente das demais praticadas no setor?	<p>Em um dos casos, para alguns serviços, a empresa procura estabelecer uma parceria junto a operadora para gerar um melhor atendimento ao cliente e satisfação do mesmo. A empresa alega ser a única do mercado local a realizar este procedimento. O outro caso procura atender os serviços não cobertos pelas operadoras com descontos para o cliente.</p>	<p>Os serviços oferecem procedimentos não cobertos pelas operadoras (na odonto procedimentos estéticos e ortodontia), podendo oferecer valores especiais para estes clientes e boas condições de pagamento.</p>	<p>Na maioria dos casos o cliente deve pagar os procedimentos não cobertos por operadoras como particular, sem nenhuma diferenciação. Somente em um dos casos os clientes vinculados a operadoras possuem diferenciação de valor para atendimento particular não coberto pela operadora.</p>	<p>Quando o procedimento não é coberto o beneficiário pode optar por pagar particular, em alguns casos com valores especiais.</p>

Questão	Fisioterapia	Odontologia	Laboratórios	Clínica de Especialidades
13. Como sua empresa faz do relacionamento com o cliente uma barreira ante a concorrência?	Em nenhum dos casos foi comentado diferenciação no atendimento visando a fidelidade do cliente. Foram citadas somente recursos como diferenciais.	- O bom atendimento, a proximidade com o cliente, o tempo de espera, a disponibilidade de horários e o fácil acesso são diferenciais que podem definir a escolha do cliente em relação a concorrência.	Em nenhum dos casos foi comentado diferenciação no atendimento visando a fidelidade do cliente. Foram citadas somente recursos como diferenciais.	- O fato de não diferenciar o cliente, a qualidade dos profissionais, o tempo de espera, a disponibilidade de horários e o fácil acesso são diferenciais que podem definir a escolha do cliente em relação a concorrência.
14. Quais os critérios levados em consideração no credenciamento junto a operadoras de planos de saúde?	Os critérios mais observados são com relação a demanda de negócios e quanto a adimplência dos pagamentos. A solicitação de descredenciamento geralmente está vinculada a estes itens.	- São citados critérios como valor de tabela, burocracia na operação, credibilidade da operadora no mercado, mas os que são abordados com maior relevância são a pontualidade no pagamento, proximidade com a operadora e volume de demanda.	Os critérios observados entre os casos distinguem-se entre si, porém, há um consenso com relação a credibilidade da operadora, pagamentos em dia e demanda.	- São citados critérios como valor de tabela, flexibilidade, suporte, pontualidade no pagamento, com destaque para o volume de demanda e valores.
15. Sua empresa está preocupada em proporcionar um ambiente agradável para receber o cliente? Quais são os fatores considerados importantes no planejamento da recepção, sala de espera, e o local onde são realizados os procedimentos?	Há consenso com relação a limpeza e iluminação do local, e quanto ao cuidado na recepção devido a situação de vulnerabilidade do cliente (dores).	Existe a preocupação com o ambiente, da sala de espera ao local de atendimento. Alguns beneficiários chegam bem antes da consulta para desfrutar da sala de espera.	Nos laboratórios, a limpeza e espaço são fundamentais para proporcionar conforto e confiança dos clientes. Consenso entre todos os casos.	A preocupação com o conforto e bem estar do cliente aparece em todos os casos, para que se sintam a vontade antes do atendimento, incluindo espaço, limpeza e apresentação.

APÊNDICE E – SÍNTESE DAS RESPOSTAS FORNECEDORES E GESTORES ARTIGO 2

Síntese das respostas Fornecedores e Gestores		
	Fornecedores	Gestores
Escolha do Fornecedor	<ul style="list-style-type: none"> - currículo - diploma (local de formação) - qualidade do serviço - qualificação técnica - tempo de atuação no mercado - adequação ao perfil da operadora - credibilidade - horários disponíveis - referências de outras operadoras - assiduidade - atendimento humanizado - eficiência - entrevista - responsabilidade - saúde física e mental do fornecedor 	<ul style="list-style-type: none"> - estrutura física, higiene e conservação - qualificação técnica - referências de outra operadora - localização - adequação ao perfil da operadora - documentação regularizada - necessidade da operadora - disponibilidade de horário - credibilidade - acessibilidade - acesso a internet - indicação de clientes - tempo de mercado - eficiência - empatia - parceria para desenvolvimento profissional - recursos humanos do fornecedor - responsabilidade social
Avaliação do Fornecedor	<ul style="list-style-type: none"> - pesquisa de satisfação - dados estatísticos - resolutividade - qualidade do serviço - relação interpessoal - protocolos de avaliação de desempenho - pós-atendimento - assiduidade - disponibilidade de horários - dedicação profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> - pesquisa de satisfação do beneficiário - disponibilidade de horário - visitas ao fornecedor - custos gerados pelo fornecedor - volume de atendimento - demonstrativo de pagamento - relacionamento com a operadora - adaptação as regras da operadora - qualidade no atendimento - resolutividade, - gestão administrativa - satisfação do fornecedor - recursos humanos do fornecedores

	Fornecedores	Gestores
Orientações da Operadora	<ul style="list-style-type: none"> - as orientações nem sempre são repassadas pelas operadoras - orientações fornecidas no início do contrato - atualizações no processo de atendimento não são comunicadas antecipadamente - atualizações sobre a apresentação da produtividade não são comunicadas antecipadamente 	<ul style="list-style-type: none"> - as orientações nem sempre são repassadas pelas operadoras - orientações fornecidas no início do contrato
Remuneração	<ul style="list-style-type: none"> - influencia diretamente na motivação - somente em um caso não influencia na relação com a operadora e com os beneficiários - influencia no tempo de atendimento - influencia na qualidade do atendimento - valores fixos com reajustes pouco significativos - influencia no aumento do custo – influencia na atualização do fornecedor, para que tenha precisão e resolutividade no diagnóstico 	<ul style="list-style-type: none"> - influencia no relacionamento com a operadora quanto no atendimento - influencia na falta de flexibilidade e dificuldade de negociação - operadoras devem buscar um acordo junto aos prestadores, para que cheguem a um consenso que beneficie ambas as partes - fornecedores solicitam aumentos abusivos - influenciam na qualidade do atendimento - redução de horários na agenda, - restrição aos atendimentos de urgência - fornecedores externam sua insatisfação para o beneficiário, prejudicando a imagem da operadora no mercado.
Incentivo da Operadora	<ul style="list-style-type: none"> - as operadoras nem sempre incentivam o desenvolvimento dos fornecedores - o fato do médico também buscar um atendimento de qualidade por parte da operadora, que geralmente o vê como uma força de trabalho cuja única função é despachar a demanda gerada pelos beneficiários 	<ul style="list-style-type: none"> - as operadoras nem sempre incentivam o desenvolvimento dos fornecedores - o processo de gestão fica por conta do fornecedor - treinamentos contínuos - sugestão de softwares - valorização dos processos da entrega da produtividade assertiva - valores diferenciados para os serviços mais complexos - ferramentas para gerenciar e reduzir os custos - eventualmente a operadora fornece ou sugere instrumentos
Indicadores de Desempenho	<ul style="list-style-type: none"> - as operadoras nem sempre utilizam e divulgam indicadores de desempenho - quando existe a divulgação de indicadores os dados são subjetivos - seria interessante ter acesso a elas, para que possam ter ideia da sua evolução e atuação junto às operadoras, e também como auxílio à gestão do serviço. - foco na redução de custos, e não na melhoria do desempenho do fornecedor. 	<ul style="list-style-type: none"> - as operadoras que utilizam indicadores ainda não sugerem melhorias e planos de ação aos fornecedores - pesquisa de satisfação - índices de reclamações - estrutura de atendimento - tempo de espera para agendamento - volume de atendimento - resolutividade - procedimentos e exames solicitados - falhas e acertos apontados na apresentação da produtividade.

