

OS INDICADORES DE DESEMPENHO NA GESTÃO DE OPERAÇÕES DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Marli Camara Abelha¹

Antônio Augusto Gonçalves²

Claudio Pitassi³

RESUMO

Os serviços de saúde privada fazem parte de um setor em crescente expansão, composto por operadoras de planos de saúde, hospitais, serviços de imagem, laboratórios e atividades complementares de tratamento e diagnóstico, que

¹ Médica com especialização em Auditoria em Saúde, Gestão de Risco e Gestão pela Qualidade Total em Saúde. Mestrado em Administração de Empresas e Desenvolvimento Empresarial pela Universidade Estácio de Sá – Unesa. Av. Ernani do Amaral Peixoto, 500 sala 506. CEP: 24020-077. Tel: 27179617. E-mail: marliabelha@ig.com.br

² Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2004) e Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1990). Atualmente é professor do programa de Mestrado em Administração da Universidade Estácio de Sá – UNESA e chefe da área de Tecnologia de Informação do Instituto Nacional do Câncer - INCA. Rua do Resende 195 sala 304, Rio de Janeiro, CEP 20231-091; Tel: 3207-5202; e.mail: augusto@inca.gov.br

³ Doutor em Administração de Empresas pelo IAG da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (2004) e Mestre em Administração de Empresas pela Claremont Graduate School, USA (1994) . Atualmente é professor do programa de Mestrado em Administração da Universidade Estácio de Sá – UNESA. Av. Presidente Vargas, 642, 22º andar, Centro - Rio de Janeiro, CEP: 20071-001; Tel; 2206-9787; e.mail: claudio.pitassi@gmail.com

atuam numa imbricada rede de relacionamento com interesses conflitantes. Uma grande parte da população busca atendimento médico na saúde suplementar e sua importância é demonstrada pelo alcance social dessa prestação de serviços, pela geração de empregos e sua participação na economia. Os indicadores de desempenho utilizados na indústria foram posteriormente trazidos para o setor de serviços e indicam oportunidades de melhorias. O objetivo desse artigo é discutir a utilização de indicadores de desempenho na gestão dos serviços de saúde suplementar com vista a induzir a uma visão sistêmica da gestão estratégica dessas organizações. Essa pesquisa teórico-empírica tem abordagem qualitativa e usa como instrumento de coletas entrevistas de fundo com gestores de 12 organizações operadoras e prestadoras de serviços de saúde. Os resultados evidenciam que os gestores trabalham com uma visão estratégica de curto prazo, centrada no controle de custos, negligenciando indicadores como velocidade, flexibilidade, confiabilidade. Também ficam evidentes as oportunidades da utilização dos indicadores para apoiar estratégias em rede, consideradas mais apropriadas para superar o cenário de crise que assola a saúde no Brasil.

Palavras Chaves: Indicadores de Desempenho, Critérios de Desempenho, Gestão de Operações na Saúde Suplementar, Estratégia de Operações em Saúde Suplementar, *Trade off* dos Serviços de Saúde Suplementar

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Constituição brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS), responsável direto pela gestão dos hospitais públicos, deveria garantir a todo cidadão o acesso aos serviços de saúde. No entanto, a reduzida capacidade instalada de leitos e a baixa qualidade do sistema público de saúde são fatores determinantes para o crescimento do mercado privado de assistência à saúde (FARIAS; MELAMED, 2003), que movimentava cerca de R\$ 64 bilhões e atende a 44 milhões de brasileiros (ANS, 2010). As operadoras privadas de planos de saúde, nas

Volume 2 - Número 2

suas diferentes modalidades, desempenham um importante papel, suplementado os serviços de saúde que o estado brasileiro não consegue prover.

As operadoras de serviços da saúde têm características que as tornam diferentes dos demais prestadores de serviços. Por sua natureza, o gerenciamento dos gastos na prestação de serviços de saúde é uma tarefa complexa, com elevada variabilidade, incluindo a ocorrência imprevisível de eventos catastróficos, que acarretam custos extremamente altos, distorcendo qualquer previsão atuarial (MIRANDA, 2004). Como mostram Cappetini, Chow e Mcnamee (1998), o aumento dos custos em serviços de saúde, está em parte relacionado aos avanços da medicina e da tecnologia colocada à disposição dos médicos. A elevação do custo para o mesmo tipo de serviço, que decorre desses impactos, não pode ser imediatamente repassado aos usuários pelas operadoras. Por essas razões os custos dos serviços médicos estão fora de controle no Brasil, bem como em outras partes do mundo,

Pelo lado das receitas também há problemas. Os usuários associados aos planos querem fazer valer o dinheiro pago utilizando os serviços a qualquer tempo, de forma excessiva e desnecessária, com pouca consciência do caráter coletivo de sua contribuição (MIRANDA, 2004). As pessoas jurídicas que contratam os serviços como benefícios, o fazem por imposição da lei, preocupando-se em primeiro lugar com o valor que vão pagar e não com a qualidade dos serviços prestados aos seus funcionários (PORTO; SANTOS; UGÁ, 2006).

Enquanto os usuários pertencentes aos extratos de renda média tentam fazer com que as despesas com as operadoras de saúde caibam em seus orçamentos familiares, a rede de atendimento composta por médicos, hospitais, clínicas e laboratórios reclamam da baixa remuneração. Os prestadores e profissionais da saúde acreditam que seus recebimentos são insuficientes para os serviços prestados e por isso criam formas de cobranças exageradas.

Diante do conflito de interesse acima descrito, a Agência Nacional de Saúde (ANS), responsável pela regulamentação da saúde suplementar, vem apertando o cerco sobre as operadoras, exigindo a garantia de atendimento aos usuários. Por

Volume 2 - Número 2

exemplo, a ANS suspendeu em outubro de 2012 a comercialização de 301 operadoras de saúde.

Em face desse quadro de crise, defende-se que a saúde no Brasil deve ser repensada em seu sistema, em sua estrutura e nos seus processos, visando dar-lhe a eficácia e a eficiência necessárias (MEZOMO, 2001). Para que isso aconteça, os prestadores de serviços de saúde suplementar devem melhorar substancialmente a gestão de suas operações, permitindo que os planos de saúde, prestadores de serviços, os clientes e os órgãos reguladores tenham uma relação comercial harmônica, que garanta o retorno econômico aos operadores e prestadores privados, ao mesmo tempo em que assegure a contribuição social de suas atividades.

Desde que a Administração se estabeleceu como Ciência, defende-se que os indicadores de desempenho têm papel chave na gestão das organizações (DRUCKER, 1954). Originalmente, esses indicadores de desempenho foram utilizados intensamente na manufatura e, posteriormente, nos serviços. Só recentemente foram introduzidos na área de saúde (ANS, 2011). O assunto é importante para todos que atuam direta e indiretamente na área de serviços de saúde por que o levantamento e a discussão do tema de alguma forma podem trazer a tona aspectos que melhorem a gestão administrativa e a estratégia organizacional desses serviços, beneficiando os clientes e a sociedade em geral.

A pesquisa retratada nesse artigo estende o estudo nessa área e tem como objetivo discutir a utilização de indicadores de desempenho na gestão dos serviços de saúde suplementar com vistas a induzir a uma visão sistêmica da gestão estratégica dessas organizações. De modo a avaliar o impacto na cadeia produtiva, o estudo abrange gestores de planos de saúde, de unidade hospitalar e de prestadores de serviços de diagnóstico de imagem e laboratoriais. Os indicadores pesquisados estão relacionados aos seguintes objetivos estratégicos: controle de custos, velocidade, confiabilidade, flexibilidade e qualidade (SLACK et al., 1999), conforme o modelo de prioridades proposto por Corrêa e Corrêa (2011).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A assistência à saúde no país foi influenciada pelo deslocamento da economia do setor agrário para o urbano a partir da década de 50. A industrialização crescente somada à capitalização da medicina através do financiamento governamental levou a expansão do mercado de saúde, principalmente das empresas de grupo e as cooperativas médicas. A partir de 1980, os planos de saúde se expandiram para os clientes individuais. Neste período estruturou-se um novo arranjo político e econômico na saúde com a criação do SUS (FARIAS, 2003). Na década de 90 iniciou-se uma reforma administrativa para recuperação das finanças públicas com encolhimento do aparelho governamental e de sua responsabilidade na área de saúde (FONSECA, 2004). Refletindo essas transformações, já havia no final de 2010 cerca de 46 milhões de beneficiários de planos de assistência médica distribuídos em 1183 operadoras médico-hospitalares, cobrindo 23,4% da população brasileira, conforme dados da ANS (2011).

No setor de saúde suplementar deve-se considerar três componentes que formam o seu perfil: as operadoras, os prestadores de serviços e os beneficiários (PINTO, 2003). Segundo Zucchi, Del Nero e Malik (2000), as operadoras estão organizadas em modalidades, conforme sua situação jurídica: autogestão, cooperativa médica, filantropia, seguradora especializada em saúde, medicina de grupo e administradoras de planos de saúde. Como forma de diminuir os custos, as operadoras passaram a adquirir hospitais e a ter serviços próprios. Por outro lado, os hospitais filantrópicos passaram a criar planos próprios como fontes de financiamento dos seus serviços (ANDREAZZI, 2002).

Os sistemas de saúde são um dos mais complexos sistemas conhecidos na sociedade contemporânea ((ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, 2000). A integração da dupla estrutura, técnica e administrativa, é um desafio que se apresenta às organizações que atuam nessa área. A gestão da prestação de serviços de saúde carrega a tensão permanente entre o controle de custos e a oferta de serviços com qualidade e efetividade cada vez maiores (ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, 2000).

A necessidade de se diminuir os custos, as alterações demográficas da população com o aumento da expectativa de vida e a diminuição relativa da população ativa, tem contribuído para se questionar o modelo atual de prestação de cuidados em saúde (ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, 2000). O fator crítico de sucesso para solucionar este desafio está na gestão profissional, com a utilização de instrumentos de avaliação já aplicados em outras áreas, incluído os indicadores de desempenho (ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, 2000).

Indicadores de desempenho em operações servem para direcionar pessoas e recursos na direção desejada pela estratégia competitiva da empresa e são amplamente utilizados na indústria (BROWN et. al., 2005). O uso de indicadores desempenha um papel chave na gestão de uma organização, pois sinaliza os desvios de rota nos planejamentos traçados e contribui para a redução dos gastos a partir das lições aprendidas na análise dos resultados (SCHIRIGATTI; FARIA, 2006).

Os indicadores se relacionam ao conceito de qualidade centrada no cliente, gerada por suas expectativas e necessidades. Segundo Flores et al. (2002), a gestão de operações em serviços de saúde desempenha um papel estratégico pela necessidade de se gerir recursos limitados e de alto custo. Logo, os indicadores são medidas que podem fornecer informações relevantes sobre o desempenho do sistema de saúde (Davis, 1994).

No Brasil, a avaliação da saúde é feita preferencialmente tomando por base os indicadores tradicionais, baseados na produção e produtividade (cirurgias por sala, partos por leitos obstétricos, taxa de mortalidade e etc. (AZEVEDO, 1991). Há a necessidade da utilização de outros indicadores que possam efetivamente oferecer uma visão mais ampla a respeito dos serviços prestados. Por exemplo, o controle da qualidade dos serviços, ao eliminar procedimentos desnecessários, se torna um importante moderador de custos (AZEVEDO, 1991).

A noção de que as medidas de desempenho não podem ter uma dimensão única (financeira), devendo balancear diferentes aspectos da gestão, tem tido uma grande aceitação. A abordagem mais conhecida é o modelo de *Balanced Scorecard* (BSC), de Kaplan e Norton (1996). Nesse instrumento de gestão estratégica, os autores complementaram as medidas financeiras com medidas direcionadoras e

Volume 2 - Número 2

alavancadoras de desempenho futuro. Assim, buscaram uma abordagem ampliada da mensuração do desempenho capaz de traduzir a visão e a estratégia da organização.

Medidas de desempenho estratégico identificadas na cadeia de valor empresarial devem preceder e auxiliar na mensuração dos resultados financeiros (PACE; BASSO; SILVA, 2003). As medidas não financeiras estão voltadas para a identificação de oportunidades, velocidade de aprendizado, inovação, duração dos ciclos, qualidade, flexibilidade, confiabilidade e capacidade de resposta (SLACK et al., 1999). Existem muitas formas de se desenvolver medidas pró-ativas capazes de prevenir, antecipar e influenciar resultados.

De acordo com Corrêa e Corrêa (2011), os indicadores de desempenho devem ser simples de entender e de usar, ter metas específicas, ter um propósito definido e ser objetivo, mantendo o seu significado ao longo do tempo. Para Slack et al. (2009), os critérios competitivos, mais usuais na literatura são: custos, velocidade, confiabilidade, qualidade e flexibilidade. Essa pesquisa irá adotar a tipologia proposta por esses autores, apresentada no Quadro 1, por entender que ela assegura a visão sistêmica da gestão de operações dos serviços de saúde.

Quadro 1: Indicadores de desempenho

Objetivos Estratégicos	Indicadores
Preço / Custo	Custo de produzir
	Custo de entrega e servir
Velocidade	Tempo de Acesso
	Tempo de Atendimento
	Tempo de Cotação
	Tempo de Entrega
Confiabilidade	Pontualidade
	Integridade
	Segurança
	Robustez
Qualidade	Desempenho
	Conformidade (especificações)
	Consistência (especificações)
	Recursos (acessórios)
	Durabilidade
	Confiabilidade (falha produto)
	Limpeza
	Conforto
	Estética
	Comunicação
	Competência
	Simpatia
Atenção	
Flexibilidade	Produtos (introduzir/modificar)
	Mix (modificar)
	Entregas (modificar datas)
	Volume (alterar)
	Horários (amplitude)
	Área (amplitude)

Fonte: Corrêa e Corrêa (2011, p. 29)

3 METODOLOGIA

A pesquisa aqui retratada adota uma abordagem qualitativa e tem como finalidade avaliar a utilização de indicadores de desempenho na gestão de operações e serviços das empresas de saúde suplementar. Trata-se de uma pesquisa de campo realizada junto a doze gestores de operadoras de saúde das cidades do Rio de Janeiro, Niterói e São Gonçalo. A escolha da amostra é não probabilística e intencional, por tipicidade.

A coleta de dados se deu por meio de entrevistas de fundo, apoiadas em um roteiro com perguntas aberto. As perguntas foram desenvolvidas a partir do

Volume 2 - Número 2

referencial teórico selecionado. As respostas foram transcritas e as narrativas criteriosamente analisadas usando o método categorial de análise de conteúdo (BARDIN, 1991). Inicialmente foi feita a análise das respostas individuais dos 12 entrevistados, agrupando e confrontando as respostas em dois grupos: operadoras (compradoras de serviços) e prestadores de serviços

Foram selecionados gestores representantes de pessoas jurídicas, deixando-se de selecionar o médico, que também faz parte da rede de relacionamento, por se tratar de pessoa física. Deve-se destacar também que os resultados obtidos com esta pesquisa não devem ser projetados para outros grupos, já que as informações não podem a ser generalizadas (RICHARDSON, 1999).

Quadro 2 – Empresas participantes do levantamento de campo

01 - Laboratório	07 - Serviço de Imagem
02 - Laboratório	08 - Hospital
03 – Serviço de Imagem	09 - Hospital
04 – Operadora de planos de saúde	10 – Serviços Médicos
05 - Operadora de planos de saúde	11 – Serviços Médicos
06 – Serviços Médicos	12 – Operadora de planos de saúde

Fonte: Elaboração própria

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No que tange ao indicador de desempenho “**custo**”, as operadoras entrevistadas declararam exercer forte controle e se mostraram preocupadas com o gerenciamento da sinistralidade, pela incorporação de regras rígidas da ANS, e com o declínio anual das margens de lucro. As respostas diferiram em se tratando de laboratório, serviços de imagem, serviços médicos e hospitais. Observa-se que o controle de custos nos laboratórios se limita a autorização dos exames *on-line* e a validade da carteira utilizada pelo cliente. Regra geral, não ocorria glosas nem restrições. No que se refere aos serviços de imagem, onde existem exames e

Volume 2 - Número 2

procedimentos de alto custo, existia um controle rígido, o mesmo acontecendo com as clínicas e hospitais, cujo controle se dava através da autorização do procedimento, do estabelecimento de tabelas. Em algumas situações, as operadoras recorriam a manobras administrativas visando dificultar a liberação de exames, procedimentos e cirurgias.

Ainda no que se refere ao indicador custo, a utilização de pré-autorização mostrou-se uma medida de controle utilizada pela maioria das operadoras. A operadora que declarou não usar essa medida como controle, mas sim como uma medida de avaliação de cobertura, as observações no campo mostraram discordância entre o discurso e a prática. A mesma pergunta foi repetida aos prestadores de serviços e a resposta foi afirmativa. A autorização era pedida rotineiramente para os exames de alta complexidade.

Em relação ao indicador “**velocidade**”, as operadoras responderam que o tempo de atendimento e o tempo de acesso vão depender da especialidade, de acordo com a diretriz estabelecida pela ANS. A observação no campo revelou que tempo é normalmente superior ao que foi relatado nas entrevistas, não havendo um controle por parte das operadoras e serviços. As operadoras questionadas sobre o tempo de atendimento dos seus clientes, declararam depender da reclamação do cliente para apurarem a veracidade da informação e ter contato com o prestador. Uma das operadoras colocou a necessidade de redimensionamento da rede para a não ocorrência de reclamações.

De modo geral, o atendimento observado nos laboratórios era quase sempre imediato. Um dos entrevistados afirmou que uma operadora exige a marcação do horário de atendimento do pacientes. As clínicas de imagem declararam que as operadoras não exercem controle sobre o tempo de atendimento. Já os hospitais diferenciavam se o tempo de atendimento era na emergência ou ambulatorial. Na primeira situação, o tempo de espera não podia ultrapassar quatro horas. Já a internação depende da liberação da operadora, o que sempre implicava tempo de espera para o usuário.

A maioria das operadoras alegou ser de total responsabilidade do prestador o controle de tempo de atendimento. Quase todos disseram não existir controle do

Volume 2 - Número 2

tempo de atendimento dos clientes pelas operadoras nos serviços contratados. O único controle que existia era sobre o tempo de internação nos hospitais. Nos laboratórios não existe agendamento e cada serviço tinha o seu tempo determinado pela procura dos clientes.

Em relação ao quesito “**confiabilidade**”, foi questionada às operadoras se elas faziam avaliação periódica do atendimento profissional e da aparelhagem, e se existia alguma avaliação em relação ao serviço prestado. Todos os prestadores entrevistados negaram avaliação do atendimento profissional e da aparelhagem pelas operadoras. Os respondentes alegaram que os aparelhos tinham a manutenção ditada pelos fabricantes, e que as operadoras não exigiam tal controle. Duas das operadoras entrevistadas declararam fazer esse trabalho, mais uma vez evidenciando uma contradição entre o discurso e a prática observada no campo.

No que diz respeito à avaliação dos serviços prestados, essa só era feita no momento da contratação dos serviços, ou quando ocorria alguma reclamação por parte do paciente. Não foram encontradas evidências de avaliação periódica, prática crítica para o aprendizado organizacional. De todas as operadoras existentes no mercado à época da pesquisa, apenas uma, que não estava entre as entrevistadas, foi citada por utilizar-se periodicamente desse mecanismo. Quando a operadora contratava algum novo serviço, usualmente fazia uma visita técnica para confirmar a condição de realização deste serviço.

Na análise do objetivo estratégico “**qualidade**”, as perguntas feitas no campo visavam entender se as operadoras avaliavam suas instalações quanto ao conforto e a segurança (estrutura físico-funcional) oferecida aos pacientes (AGUILLAR; ANDER-EGG, 1994). Também procurou avaliar se os equipamentos médicos da rede prestadora sofriam manutenções periódicas ou apenas na contratação do serviço, e se esta avaliação era informal ou se apoiava em acordos contratuais. Ainda em relação à qualidade foi perguntado se as operadoras exigiam dos prestadores de serviços uma avaliação da satisfação de seus clientes e qual a evidência dessa cobrança.

Uma das operadoras respondeu que avaliava anualmente e as outras duas apenas na contratação dos serviços. Os prestadores de serviços responderam de

Volume 2 - Número 2

maneira unânime que, quando a avaliação acontecia era na contratação dos serviços. Os laboratórios afirmaram não ter nenhuma exigência contratual, fato também confirmado pelos prestadores de serviços de imagem. Um dos serviços médicos alegou que a avaliação ocorria quando o prestador fazia extensão ou contratação de um novo serviço, ou quando o prestador convidava a operadora para uma visita técnica por interesse na renovação de valores.

Todos os entrevistados negaram haver um controle das operadoras sobre a satisfação dos usuários atendidos pelos serviços contratados. As operadoras utilizavam do *call-center* para a reclamação dos seus clientes. Já os laboratórios alegaram utilizar da caixa de sugestões para esse objetivo. Os prestadores de serviços de imagem utilizavam, além da caixa de sugestões, formulários de pesquisas. Os hospitais faziam suas pesquisas por meio de questionário estratificado dado aos pacientes internados, ou por formulários preenchidos pela assistente social.

Em relação ao objetivo estratégico “**flexibilidade**”, foi perguntado às operadoras se existia algum acordo de serviço entre elas e os prestadores que definisse a amplitude de horário e o volume de atendimento requerido. Entre outros aspectos, interessava avaliar se os serviços restringiam-se ao horário comercial ou teriam uma amplitude de horário que oferecesse mais conveniência ao cliente. Interessava também averiguar se haveria algum controle da operadora sobre horário e volume de atendimento em seu próprio serviço e em relação aos serviços prestados pelos credenciados.

Uma das operadoras declarou que possuía acordos com alguns prestadores e que exercia controle sobre o horário e o volume de atendimento dentro do serviço próprio. Por outro lado, justificou ser difícil ter o mesmo controle nos serviços contratados, dada a distância física existente. Outra operadora entrevistada respondeu existir em seus contratos cláusulas nesse sentido, porém não era possível controlar o tempo no serviço prestado, só o volume de atendimento. A terceira operadora explicou que a necessidade determinava o credenciamento, após avaliação da disponibilidade do serviço.

Alguns prestadores de serviços afirmaram que a flexibilidade de horário era, na maioria das vezes, uma decisão da própria empresa, não sendo exigência da operadora. Nos hospitais, a flexibilidade de horário para atendimento era obrigatória, e o atendimento ocorria durante 24 horas. Os laboratórios alegaram não sofrer a interferência das operadoras no volume e horários de atendimento. Os serviços de imagem alegavam ter horários alternativos ou prorrogados por iniciativa própria. Os serviços médicos também responderam que não tinham acordo ou sofrer influência da operadora. Um dos entrevistados declarou que, quando o faturamento do hospital passa de um determinado valor por um excesso de atendimento, as operadoras se utilizam do recurso das glosas para atrasar o pagamento desse excedente.

Ainda no que diz respeito à “**flexibilidade**”, investigou se as operadoras tinham planos específicos, customizados, ou apenas os planos padronizados pela ANS. Duas operadoras afirmaram ter planos customizados e a terceira apenas os determinados pela ANS. Também existiam planos em que o atendimento só poderia ocorrer na rede própria ou plana com redutores e franquias, de acordo com a necessidade do cliente. As evidências obtidas indicavam que o cliente tinha opção de adequar seus planos às suas necessidades.

Aos prestadores de serviços indagou-se quanto à estratégia utilizada por eles para se contrapor a verticalização das operadoras. Os laboratórios responderam que estavam investindo em qualidade, treinando seus funcionários e modernizando os equipamentos. Os prestadores de serviço de imagem reforçaram o relacionamento com os médicos, criando um canal direto de comunicação com o corpo clínico. Já os prestadores de serviços médicos, alegaram que estavam buscando trabalhar com os menores preços, mantendo a qualidade para poder abranger todos os usuários de planos. Os hospitais manifestaram a intenção de se unirem em rede para melhorar os custos operacionais, a aquisição de insumos e, em última instância, para se contrapor à verticalização.

5 CONCLUSÃO

O objetivo desse artigo foi discutir a utilização de indicadores de desempenho na gestão dos serviços de saúde suplementar que induzam a uma visão sistêmica do papel destas organizações na solução das demandas de saúde da sociedade brasileira. Os pesquisadores entendem que esse objetivo foi em parte alcançado. Regra geral, os resultados das entrevistas mostram que, atualmente, apenas os objetivos estratégicos de custo e de qualidade são monitorados sistematicamente por meio de indicadores. A seguir serão reforçados alguns aspectos que reforçam esse entendimento.

Fica evidente nas narrativas a grande preocupação das operadoras com o custo dos serviços e com a sinistralidade operacional. Para gerenciar esses objetivos, as operadoras estudadas utilizavam indicadores financeiros majoritariamente de curto prazo, o que dificultava a compreensão mais ampla do seu papel no sistema de saúde. Face aos problemas relatados na introdução desse artigo, urge a mudança para um modelo de gestão estratégica projetada em torno da visão de longo prazo, que se apóie na utilização de indicadores relacionados aos demais objetivos estratégicos aqui estudados.

As evidências coletadas no campo mostraram que os prestadores de serviços, percebendo uma possível opção preferencial das operadoras pela verticalização como uma estratégia de diminuição dos custos, passaram a operar em locais de menor acesso para as operadoras, valorizando a qualidade dos serviços oferecidos. No que tange este objetivo, desenvolveram pesquisas internas de satisfação, mas não compartilharam os resultados com as operadoras ou com outros prestadores de serviços. Esses resultados indicam, por um lado, a efetividade de indicadores de caráter não financeiro para a melhora da gestão e, por outro, a oportunidade de compartilhar essas informações, caso passem a fazer uso de estratégias em rede.

A questão do tempo nos serviços para atendimento aos pacientes observada no campo mostrou-se um aspecto crítico para a percepção da qualidade dos serviços

Volume 2 - Número 2

prestados. As filas para atendimento, os prazos para o agendamento de determinados exames, os constantes adiamentos de consultas e exames, típicos do sistema de saúde brasileiro, são sinais evidentes do desrespeito à dignidade humana. Somem-se a isso as deficiências de instalações e de equipamentos. A implantação melhorias pontuais no sistema de agendamento, na maioria dos casos manual, mostrou-se uma oportunidade que pode ser capturada pela operadoras e prestadores de serviços participantes da pesquisa.

O acesso aos serviços envolve aspectos relacionados à distância e ao tempo de locomoção. A partir de 19/12/2011 a ANS estabeleceu prazos máximos para o atendimento aos usuários de planos de saúde, através da Resolução Normativa nº 259. A resolução prevê inclusive a garantia de transporte ao consumidor caso não haja oferta de rede credenciada. É importante frisar que, a ameaça de recrudescimento da ação regulatória da ANS em relação aos prazos, a exemplo do que ocorreu em outubro de 2012, vai de encontro à fragilidade encontrada no campo no que diz respeito à falta de indicadores que monitorem, de forma integrada, o desempenho das operadoras, exigindo ações de blindagem urgentes.

Em relação ao indicador flexibilidade, especificamente quanto à amplitude da rede de atendimento, as operadoras consideram a rede de atendimento satisfatória. Cabe ressaltar que a demora no agendamento pode estar relacionada, em alguma medida, a uma rede de atendimento deficitária, fato negado pelas operadoras entrevistadas. Mais uma vez, observou-se o conflito entre o discurso e a evidência no campo. O mais comum é o usuário, diante da necessidade ter o acesso a exames e serviços cerceados através de protocolos, autorizações e perícias, não encontrando resposta na rede disponibilizada pela operadora.

O indicador Flexibilidade, analisado pelo prisma da amplitude de horário, mostra que a quase totalidade dos serviços só operam durante o horário comercial, sem considerar os impactos da utilização de turnos de serviços na redução do tempo de espera de agendamento e na diminuição das filas de atendimento para o cliente. As evidências coletadas no campo indicam que as operadoras poderiam ampliar o atendimento para outros segmentos da sociedade, inclusive para

Volume 2 - Número 2

tratamentos específicos, tais como uma cirurgia plástica ou um exame periódico, de acordo com a vontade do cliente.

O indicador confiabilidade envolveu uma avaliação da prestação de serviços no que diz respeito tanto ao desempenho do profissional de saúde, quanto aos equipamentos médicos. Fica claro que os resultados aqui óbitos tinham impacto também no objetivo estratégico de qualidade. Por exemplo, a adoção de conceitos de segurança pelo profissional e pela instituição prestadora de serviços aumentava a satisfação do cliente, servindo como um diferencial competitivo. Por meio das entrevistas, foi apontado que a manutenção periódica da aparelhagem ficava a cargo dos serviços e a habilitação dos serviços era fiscalizada apenas pela autoridade sanitária. Assim sendo, o não envolvimento das operadoras nesse monitoramento impossibilitava ações direcionadas à melhora da percepção de qualidade do usuário final.

A análise dos indicadores utilizados para atingir o objetivo estratégico de qualidade que os resultados das pesquisas de satisfação que todos os respondentes alegarem realizar sistematicamente não era compartilhado na rede, com claro desperdício da oportunidade de estratégias conjuntas. Também ficou evidente que as operadoras preocupam-se em avaliar as instalações de seus prestadores de serviços apenas no momento do credenciamento, o que caracteriza uma atitude burocrática. No mais, respondem reativamente frente as queixas dos clientes.

Em 1º de Novembro de 2011, a ANS, por meio da Resolução Normativa nº 275, instituiu um programa de monitoramento de qualidade para prestadores de serviços da saúde suplementar (QUALISS), Os indicadores selecionados foram: efetividade, eficiência, acesso, segurança e centralidade. Comparando-se os indicadores da ANS e os indicadores pesquisados, temos a Efetividade como um indicador específico da área médica, como taxas de mortalidade, de nascidos vivos, número de óbitos, etc. A Eficiência relacionada a Custos, Acesso relacionado à Velocidade/Flexibilidade, Segurança relacionado à Confiabilidade e a Centralidade relacionada à Qualidade.

A resolução da ANS só veio demonstrar a importância da utilização de uma nova classe de indicadores e a relevância da pesquisa nesse sentido. Aponta ainda

Volume 2 - Número 2

a importância de se mudar a forma de gerenciar através da profissionalização dos responsáveis e do direcionamento da atenção para o bem estar do usuário. Logo, explicitação desse indicador abre um interessante campo que pode ser explorado em pesquisas futuras no campo de indicadores de desempenho de organizações de saúde, pública ou privada

Esse estudo contribui para a teoria oferecendo uma perspectiva holística da utilização de indicadores de desempenho na gestão de organizações de saúde suplementar. Do ponto de vista da prática administrativa, essa pesquisa contribui ao deixar claro que o uso de forma regular desses indicadores pode ser valioso para a gestão, controlando o relacionamento multifacetado das operadoras com os prestadores, trazendo informações sobre a qualidade desses atendimentos e da prestação de serviços que podem auxiliar na manutenção das parcerias e nas renovações de contratos.

Por ser um setor que se mantém em crescimento, é inegável o seu valor como setor produtivo, com ampliação da oferta de empregos e qualificação da mão de obra. A estabilidade do sistema será favorecida pela melhoria dos processos e do relacionamento entre as partes. Por fim, ficam evidentes as oportunidades da utilização dos indicadores para apoiar estratégias em rede, consideradas mais apropriadas para superar o cenário de crise que assola a saúde no Brasil.

**THE PERFORMANCE INDICATORS FOR OPERATIONS MANAGEMENT IN
SUPPLEMENTAL HEALTH CARE SERVICES**

ABSTRACT

The health supplement industry is a growing expansion in operators composed of health plans, hospitals, imaging services, laboratory services and complementary treatment and diagnosis in a network of intertwined relationship with conflicting

interests. A large part of the population seeking medical care in the health insurance and its importance is demonstrated by the scope of this provision of social services, the creation of jobs and their participation in the economy. The performance indicators used in the industry were later brought into the service sector and suggest opportunities for improvement. This paper evaluated the use of performance indicators in the health insurance, verifying what are the prioritized research conducted through interviews with managers of this area goes beyond the results: shows that managers work with a strategic view of short-term, with trade-off in cost and those indicators such as speed, flexibility, reliability haven't a preponderant role in operation of service. The little one has in relation to quality shows that there is plenty to do in the area of health services.

Key Words: Performance Indicators, Performance Criteria, Operations Management in Health Supplement, Operations Strategy in Health Insurance, Trade off Health Supplement Services.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR. In: Albuquerque, Ceres (Org.) **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro: ANS, dez. 2010, trimestral. ISSN 1981-0962. Disponível em : <www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisa/perfil-dos-serviços/publicações-ans> Acesso em 29/06/2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR. Prisma Econômico-Financeiro da Saúde suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, set. 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. . **Resolução Normativa nº 275, de 01/11/2011**. Rio de Janeiro: ANS, nov. 2011

AGUILAR, M.J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994

Volume 2 - Número 2

ANDREAZZI, M.F.S. **Teias e tramas**: relações público-privadas no setor saúde brasileiro dos anos 90. Tese (doutorado) - Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

AZEVEDO, A.C. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: USP, v.25, n.1, p. 64-71 ,1991.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BROWN, S.; LAMMING, R.; BESSANT, J.; JONES, P. **Administração da produção e operações**: um enfoque estratégico na manufatura e nos serviços. Rio de Janeiro: Campus, 2005.

CAPPETINI, R.; CHOW, C.W.; MCNAMEE, A.H. On the need and opportunities for improving costing and cost management in health care organization. **Managerial Finances**, v.24, n.1, p. 46-59, 1998.

CORRÊA, H. L.; CAON, M. **Gestão de serviços**: lucratividade por meio de operações e da satisfação dos clientes. São Paulo: Atlas, 2010.

CORRÊA, H.L; CORRÊA, C.A. **Administração de produção e operações**: manufatura e serviços - uma abordagem estratégica. Atlas: São Paulo, 1.edição. São Paulo: Editora Atlas, 2011.

DAVIS, F.S. **Qualidade total em saúde**. São Paulo: Editora STS, 1994.

DRUCKER, P. F. **The practice of management**. New York: Harper & Row, 1954.

FARIAS, L.O.; MELAMED,C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.3, p.585-598. 2003.

FLORES, J.; KARDEC, A.; SEIXAS, E. **Gestão estratégica e indicadores de desempenho**. Rio de Janeiro: Quality Mark, 2002.

FONSECA, A.L. **Portabilidade em planos de saúde no Brasil**. Dissertação (Mestrado Profissionalizante

KAPLAN, R.S; NORTON, D.P. The balanced scorecard. Boston: **Harvard Business School**, 1996.

_____. **Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management – Part 1.** Boston: Accounting Horizons, v. 15, n.1, mar. 2001. Disponível em: < <http://ebsco.com>>.

MARINHO, F.; MAC-ALLISTER, M. Distribuição espacial dos serviços de saúde para as organizações prestadoras privadas. In: **Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação em Administração**, Brasília-DF. Anais do XXIX Encontro da ANPAD, Brasília- DF, ANPAD, 2005.

MEZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos.** São Paulo: Editora Manole, 2001.

MIRANDA, C.R. Gerenciamento de custo em plano de assistência à saúde. In: **ANS – Agência de Saúde Suplementar. Documento técnico de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003**, p.425-461. Tomo 2. Rio de Janeiro: Bookmark, 2004.

PACE, E.S.U.; BASSO, L.F.C.; SILVA, M.A Indicadores de desempenho como direcionadores de valor. **Revista de Administração Contemporânea**, v.7, n.1, p.37-65, jan- mar. 2003.

PINTO, L.F. **O setor de saúde suplementar: acesso e cobertura populacional.** Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2003.

PORTO, S.M; SANTOS, I.S.;UGÁ, M. A. D. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 11(4): 895-910, 2006

RIBEIRO, J.L.D.; MILAN, G.S. **Entrevistas individuais: teoria e aplicação.** Porto Alegre: FEENG/UFGRS, 2004.

RUMMLER, G. A.; BRACHE, A.P. **Melhores desempenhos das empresas.** São Paulo: Makron Books, 1994.

SCHRIGATTI, J.L.; FARIA, A.R. Método para avaliação de indicadores de desempenho na operação. In: XIII SIMPEP – **Simpósio de Engenharia de Produção**. Baurú, SP, nov. 2006.

SLACK, N.; CHAMBERS, S.; JOHNSTON, R. **Administração de produção.** 3. ed., São Paulo: Atlas, 2009.

Volume 2 - Número 2

VITALE, M.; MAVRINAC, S.; HANSER, M. New process financial scorecard. A strategic performance measurement system. **Planning Review**, v.22, n.4, p.21-26 1994.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, M. Gastos em saúde. Os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 9, n.1/2, p.127-150, 2000.