



## ESTRATÉGIA DE OPERAÇÕES EM SERVIÇOS DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Marli Câmara Abelha  
Mestranda em Administração pela Universidade Estácio de Sá, Brasil  
Universidade Estácio de Sá, Brasil  
Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro, Brasil  
[marliabelha@ig.com.br](mailto:marliabelha@ig.com.br)

Antônio Augusto Gonçalves  
Doutor em Engenharia da Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil  
Universidade Estácio de Sá, Brasil  
[augusto@inca.gov.br](mailto:augusto@inca.gov.br)

Claudio Pitassi  
Doutor em Administração pela Pontifícia Universidade Católica/RJ, Brasil  
Fundação Getúlio Vargas/RJ, Brasil  
[claudio.pitassi@gmail.com](mailto:claudio.pitassi@gmail.com)

### RESUMO

A saúde suplementar é composta por operadoras de planos de saúde, hospitais, serviços de imagem, laboratórios e serviços complementares de tratamento e diagnóstico, numa imbricada rede de relacionamento. Neste trabalho, através de uma pesquisa com gestores, avaliou-se o uso de indicadores de desempenho na saúde suplementar. O resultado mostrou que eles trabalham com *trade-off* nos custos e que indicadores como velocidade, flexibilidade, confiabilidade não tem participação preponderante na operacionalidade dos serviços.

**Palavras Chaves:** Indicadores de Desempenho, Critérios de Desempenho, Gestão de Operações na Saúde Suplementar.

## **INTRODUÇÃO**

O Sistema de Saúde no Brasil está dividido em Sistema Público e Sistema Privado ou Suplementar. O sistema de saúde é considerado suplementar porque comercializa planos de saúde e vende serviços já cobertos pelo sistema público, denominado Sistema Universal de Saúde (SUS), oferecendo alguns elementos adicionais tais como livre escolha do prestador, diferença na hotelaria e acesso mais ágil que o estatutário.

A baixa qualidade atribuída ao sistema público é fator relevante no crescimento da saúde suplementar, tendo a classe média buscado progressivamente a solução para os seus problemas no sistema privado. A mercantilização da medicina transformou a atenção à saúde em um bem de consumo.

Na década de 90, com o governo de Fernando Henrique Cardoso implantou-se uma reforma administrativa para a recuperação das finanças públicas e da capacidade de governança do Estado (Bresser Pereira, 2000). O mercado então seria o regulador da vida social e a privatização levaria ao encolhimento do aparelho governamental e de sua responsabilidade na área de saúde. O Estado procura manter a saúde suplementar como um importante participante do sistema de saúde na medida em que desafoga o atendimento público e universal do SUS.

As empresas que operam planos de saúde desempenham um importante papel na sustentabilidade do mercado privado de assistência. O gerenciamento dos gastos com a saúde é uma tarefa árdua considerando a sua variabilidade, a elevação dos custos assistenciais e a ocorrência de eventos imprevisíveis, distorcendo qualquer previsão atuarial.

O aumento da concorrência entre elas e a crescente elevação dos padrões exigidos pelo mercado torna a busca por melhor desempenho uma preocupação dessas organizações.

Considerando-se o cenário atual, através de uma pesquisa com gestores da área de saúde suplementar buscou-se avaliar a utilização dos indicadores de desempenho como forma de gerenciar suas operações de serviços e sua relevância na ampliação do poder competitivo.

## **A SAÚDE SUPLEMENTAR**

No setor de saúde suplementar deve-se considerar três elementos que compõem o seu perfil: as operadoras, os prestadores de serviços e os beneficiários (Pinto, 2003).

O mercado atualmente é composto por planos privados oferecidos por pessoas jurídicas e por planos públicos ou patronais de assistência ao servidor público civil e militar que se dividem em planos de assistência médica e planos exclusivamente odontológicos que ainda são classificados em antigos e novos se anteriores ou posteriores a Lei 9656/98 (Silva, 2003).

Segundo Zucchi, Del Nero e Malik (2000) as operadoras se organizaram em diferentes modalidades jurídico-administrativas, tais como: medicina de grupo, cooperativas, auto-gestão, seguradoras especializadas em saúde e filantropia. Com suas variadas formas de organização e atuação, estas empresas operadoras de planos de saúde firmaram-se como agentes centrais de um modelo de financiamento de demanda que hoje provê acesso ao mercado privado de assistência à saúde para 47,9 milhões de brasileiros, segundo os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS](2013) e se constituíram efetivamente como a força motriz na viabilização de um mercado privado de grande dimensão no campo da assistência à saúde (Farias, 2003).

As empresas operadoras de planos e seguros de saúde que compõem o sistema de saúde possuem algumas características que as diferenciam das outras empresas prestadoras de serviços, como a assimetria de informações entre os agentes, a imprevisibilidade em relação aos custos e a ocorrência de despesas médicas. (Fonseca, 2004).

Na área privada passamos por uma situação de crise. A rede de atendimento composta por médicos, hospitais, clínicas e laboratórios reclamam da baixa remuneração. Algumas operadoras de saúde estão em uma situação pré-falimentar. Os prestadores e profissionais da saúde consideram seus recebimentos insuficientes para os serviços prestados e criam formas de cobranças exageradas. Essas relações conflituosas permeiam um sistema com um clima de adversidade entre seus elementos. A falta de sensibilidade coletiva dos beneficiários com o uso inadequado do plano gera desperdícios e fraudes, o que implica em elevação dos custos. A inflação tecnológica para diagnóstico e tratamento das doenças, agravada pelo envelhecimento populacional, pelos processos jurídicos colocados contra os prestadores e pela própria característica da vida moderna, com seus hábitos e práticas nocivas: como stress, violência e sedentarismo, só pioram essa situação (Miranda, 2004).

Segundo Cappetini, Chow e Mcnamee (1998) o aumento dos custos está relacionado aos avanços da medicina e da tecnologia colocada à disposição dos médicos que passam a gerar um custo mais elevado para o mesmo tipo de serviço. Para os planos, os exames mais sofisticados impactam significativamente nos custos da operadora.

O crescente aumento das despesas assistenciais conforme o relatório da ANS, a alta sinistralidade das operadoras e o acirramento da concorrência entre elas, mostram a importância da gestão de operações de serviços na saúde suplementar para que operadoras, prestadores e clientes tenham uma relação comercial harmônica e lucrativa (Silva, 2003).

O rigor burocrático da ANS impôs o encerramento de diversas empresas. A retração significativa do mercado tem mostrado a necessidade da utilização de ferramentas de gestão mais eficazes e de um gerenciamento mais austero dos recursos disponíveis (Miranda, 2004).

A implementação de estratégias adequadas para a gestão dos recursos nos sistemas de saúde tem se constituído um desafio. Vários esforços têm sido realizados para a utilização racional dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos de saúde. Davis (1994) escreve que as mesmas experiências, bem sucedidas na indústria, precisam ser urgentemente transportadas para o âmbito da saúde, quer seja um hospital, um pronto-socorro, uma clínica ou um laboratório de análise.

### **As operadoras**

As operadoras de planos de saúde surgiram como alternativa assistencial para os trabalhadores especializados da região sudeste e se firmaram no mercado pela ausência efetiva de determinação política. As empresas do setor supletivo passaram a vender seus serviços para as empresas dos setores dinâmicos da economia. Os planos inicialmente voltados para o trabalhador do mercado formal, a partir de 1980 se expandiram para os clientes individuais, desonerando o Estado de ser o comprador exclusivo desses serviços, implicando em menor necessidade de recursos públicos para o segmento saúde (Silva, 2003).

Criou-se um mercado peculiar, multifacetado, vinculado à supremacia dos interesses econômicos e arriscadamente afastado das políticas de saúde e da mensuração da qualidade da assistência prestada surgindo à necessidade da criação e regulação da Agência Nacional de Saúde (Farias, 2003)

As operadoras de planos de saúde atuavam livremente no mercado até a regulamentação com a Lei 9656/98, que estabeleceu critérios de cobertura assistencial, controle operacional e financeiro dos agentes, uniformidade dos produtos, definiu carências, vedou limitações e a discriminação de consumidores (Nogueira, 2004).

A ANS foi criada pela Lei 9961 de 28/06/2000 com o objetivo de avaliar, fiscalizar e aplicar os conceitos norteadores da saúde, reduzindo o risco do mercado com a adoção de mecanismo de barreira a novos entrantes e através do controle da solvência (Nogueira, 2004).

As operadoras de saúde devido às normatizações estabelecidas pela ANS são obrigadas a trabalhar com valores de contribuição cada vez menores e com despesas de serviços a cada dia maiores, levando-as praticamente a inviabilidade econômica. As pessoas jurídicas que contratam os serviços fazem-no por imposição da política trabalhista e as pessoas físicas, associadas aos planos por pagarem valores mensais que consideram elevados, utilizam os serviços de forma excessiva e desordenada, sem consciência do caráter coletivo de sua contribuição (Miranda, 2004).

A receita de contraprestação gerada pelas 1363 operadoras com beneficiários foi de R\$ 95 bilhões em 2012 cobrindo um total de 24,7% da população brasileira, representando 47,9 milhões de vínculos a planos de assistência médica e a 18,6 milhões a planos odontológicos. A despesa assistencial foi de R\$ 79,9 bilhões e a despesa administrativa de R\$ 13,8 bilhões.

A taxa de sinistralidade de 84,1% foi a maior nos últimos doze anos. O número de beneficiários cresceu 2,1% sendo o menor crescimento desde 2003. A receita em comparação com outros anos, mostra desaceleração do crescimento desse mercado acompanhando a desaceleração também verificada na economia do país neste período (ANS, 2013).

### **Os prestadores de serviços**

Serviços de saúde são estruturas organizacionais e técnicas extremamente diversificadas (Novaes, 2004) onde se realizam exames, fazem-se diagnósticos e tratam-se doenças. A área de diagnóstico tem papel de destaque nos custos crescentes na assistência médica. O controle de custos e a busca da qualidade devem ser parte de um mesmo processo para encontrar a maneira racional de se melhorar a saúde da população (Zucchi, Del Nero & Malik, 2000). A interação de custos e qualidade é fundamental para o sucesso operacional e econômico de uma organização (Souza & Collaziol, 2006). Quando os exames mostram-se normais em geral é um alívio para o paciente. Sob o ponto de vista de um administrador de uma organização, o mais adequado é quando os exames solicitados mostrem alguma alteração, pois não foram pedidos desnecessariamente (Malik, 1996). Se os exames têm custos, alguém certamente estará pagando por eles, quer seja a organização onde está sendo realizado quer seja o próprio paciente. Um resultado negativo pode representar: a tentativa de esclarecer um diagnóstico, a diminuição da capacidade ociosa do aparelho por alguma vantagem monetária, ou ainda, o reflexo da medicina defensiva, em que o profissional pede exames para se proteger de ações judiciais (Malik, 1996).

A valorização dos exames pela sociedade e meios de comunicação também distorce os dados observados, bem como os preços cobrados pela sua realização. A população que tem plano de saúde usa mais os serviços de saúde que a população brasileira como um todo (Porto, Santos & Ugá, 2006).

Os prestadores de serviços de saúde complementar formam uma rede credenciada com 99.500 unidades distribuídas em todo o país, sendo maior a possibilidade de acesso nas capitais e região sudeste, segundo a ANS (2012).

### **ESTRATÉGIA DE OPERAÇÕES DE SERVIÇO**

Define-se a estratégia de operações como sendo uma ferramenta cujo objetivo principal é o aumento da competitividade, buscando organizar os recursos e formar um padrão de decisões que possam promover as características de desempenho que possibilitem a organização competir eficazmente no mercado. O conteúdo de uma estratégia de operações constitui-se de seus objetivos e de suas áreas de decisão.

Os objetivos da estratégia de operações referem-se aos critérios competitivos que devem ser estabelecidos e priorizados pelas necessidades e/ou expectativas do mercado, nos quais o sistema de operações deve atingir a excelência. Esses fatores devem determinar a satisfação do cliente, ou em outras palavras, a qualidade do projeto e do fornecimento do serviço (Correa & Giansi, 1995).

### **Estratégia de operações em saúde**

A gestão de operações em serviços de saúde desempenha um papel estratégico pela necessidade de se gerir recursos limitados e de alto custo. Tradicionalmente as organizações de saúde representam seu desempenho através de indicadores como número de consultas, cirurgias, internações, etc., que não demonstram a realidade deste setor (Gonçalves, Oliveira & Leitão, 2006).

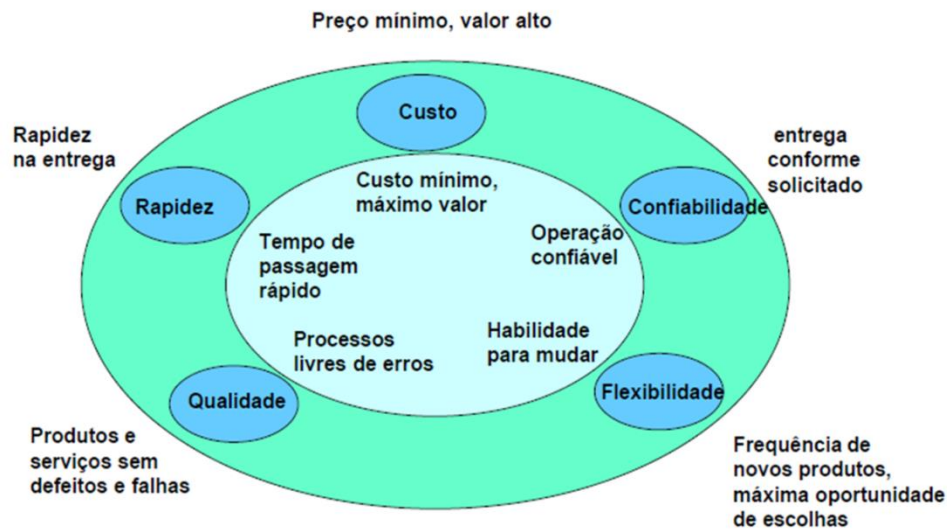
Os fatores responsáveis pelo desperdício na saúde também prejudicam a qualidade da assistência. Vários fatores podem contribuir: como equipamentos sem manutenção (atrasando ou impedindo um tratamento), alta taxa de infecção, aumento da taxa de permanência num determinado hospital, compra emergencial de medicamentos por falta de provisionamento e a utilização excessiva ou desnecessária da alta tecnologia. Tudo isso implica em gasto e queda na qualidade da assistência, sendo consequência de uma despreocupação com o custo e a eficiência dos serviços que é comum entre os profissionais de saúde.

A diminuição do custo do desperdício aumenta a produtividade e a rentabilidade dos serviços médico-hospitalares. Um dos dilemas da saúde é como fazer mais com os recursos disponíveis. A dinâmica das relações entre os participantes do setor afetam a eficiência do sistema como um todo (Araújo, 2005).

O objetivo de uma empresa é ter lucro e crescer. As decisões tomadas devem ser respaldadas em informações facilitando o processo decisório e o sucesso empresarial. É importante identificar os fatores críticos para o sucesso, estabelecer um diferencial com a concorrência e alcançar vantagens competitivas. Medições geram informações que norteiam decisões e proporcionam resultados (Rezende, 2004)

A noção de que as medidas de desempenho não podem ter uma dimensão única (financeira), mas devem ser balanceadas em diferentes aspectos, tem tido uma grande aceitação. A abordagem mais conhecida é o modelo de Balanced Scorecard (BSC) de Kaplan e Norton (1996) que fizeram a fusão de medidas financeiras com medidas direcionadoras e que alavancam o desempenho futuro, assim, buscam uma abordagem ampliada da mensuração do desempenho capaz de traduzir a visão e a estratégia da organização (Pace, Basso & Silva, 2003, p. 44).

Uma das principais preocupações dos empresários é elaborar um processo de informações internas e externas que possam contribuir na tomada de decisões. Um bom administrador controla o desempenho dos sistemas sob sua responsabilidade com a ajuda de medidas de desempenho. A importância dessas medidas se caracteriza por focar pessoas e recursos na direção desejada (Resende, 2009)



**Figura 1.** Critérios de Desempenho Operacional

Fonte: Slack, N., Chambers, S., & Johnston, R. (2009). Administração de Produção (3ª ed.). (p. 34). São Paulo: Atlas, 2009.

Segundo Slack, Chambers e Johnston (2009), os critérios competitivos, mais usuais na literatura são: custos, qualidade, velocidade, confiabilidade e flexibilidade (Figura 1).

De forma sucinta: o preço dos produtos e serviços visa à redução dos custos de produção (Teixeira & Paiva, 2008). Qualidade significa prover um produto de forma que tenha características ou desempenho não disponíveis em outros produtos. A confiabilidade se relaciona com a certeza que os produtos funcionarão conforme a especificação.

Flexibilidade: significa ser capaz de alterar a operação de alguma forma produzindo uma grande variedade de novos produtos e serviços. A velocidade significa tempo de atendimento e rapidez no tempo de entrega é vista como vantagem competitiva, pois pode proporcionar reduções de custo, redução de estoque, qualidade e racionalização dos processos (Teixeira & Paiva, 2008).

É importante a implantação de instrumentos de medição que forneçam resultados capazes de projetar cenários futuros, que demonstrem lucro ou prejuízo, crescimento ou estagnação, sucesso ou fracasso do empreendimento. Além de sinalizar desvios de rota nos planos traçados, eles podem ter caráter preventivo contribuindo para reduzir gastos, equalizando investimentos e demandas (Resende, 2004).



Segundo Corrêa e Corrêa (2011), os indicadores de desempenho devem ser simples de entender e usar, devem ter metas específicas, manter seu significado ao longo do tempo, ter um propósito definido e ser objetivo.

## **METODOLOGIA**

O procedimento técnico de pesquisa utilizado é o estudo de caso. O estudo de caso é desenvolvido a partir da análise de determinada organização, segundo Roesch (2006, p. 201), permite o estudo de fenômeno em profundidade dentro de seu contexto, favorecendo o estudo sob vários ângulos. O problema da pesquisa foi à utilização dos indicadores de desempenho pelas operadoras e prestadores de serviços e sua relevância na estratégia de operações pelas operadoras de saúde, comparando os resultados com a rede prestadora numa abordagem qualitativa, com dados obtidos em entrevistas individuais a partir da experiência de gestores da área de saúde suplementar. O grupo pesquisado foi escolhido por enfatizar particularidades em suas ações no desenvolvimento deste setor, considerando a complexidade do mesmo (Gil, 2008).

A pesquisa utilizou a classificação proposta por Vergara (2011), quanto aos fins o estudo proposto tem caráter explicativo, porque visa identificar os fatores que contribuem de alguma forma, para a ocorrência de determinado fenômeno. Quanto ao meio à escolha recaiu na pesquisa bibliográfica, telematizada, na pesquisa de campo e estudo de caso.

Para a construção do referencial teórico foram consultados materiais publicados em livros, revistas, relatórios organizacionais, dissertações e internet que pudessem fornecer elementos para o desenvolvimento da pesquisa (Gil, 2008, p. 45). O método escolhido foi o de entrevistas individuais através da entrevista estruturada ou padronizada com um roteiro previamente elaborado e conhecido para assegurar que os tópicos de interesse fossem cobertos (Lima, 2008).

Foram entrevistados 03 gestores responsáveis pela administração de suas empresas, representantes do segmento operadoras de planos de saúde e 09 gestores prestadores de serviços: gestores de serviços médicos, de serviços de imagem, de serviços de laboratório e hospitais atuantes no mercado de medicina suplementar na cidade do Rio de Janeiro, Niterói e São Gonçalo, escolhidos aleatoriamente. Após a transcrição das respostas, os dados foram criteriosamente analisados para que pudessem ser identificados aspectos relevantes do estudo (Ribeiro & Milan, 2004).

O método apresenta limitação na seleção dos atores para a entrevista em decorrência da impossibilidade de serem entrevistados todos os gestores da saúde suplementar. Outro aspecto que deve ser considerado é alguma falha na habilidade do entrevistador ou nas respostas dos entrevistados, não traduzindo razões reais por motivos conscientes ou inconscientes. Deve-se



destacar também que os resultados obtidos com esta pesquisa não devem ser projetados para outros grupos, já que as informações obtidas não se propõem a ser generalizadas (Richardson, 1999).

O objetivo principal das entrevistas foram informações relativas à gestão de operações e definição de estratégia das operadoras frente aos prestadores de serviços com a utilização de critérios ou indicadores de desempenho. As respostas dos gestores das operadoras foram confrontadas com as respostas dos gestores dos serviços, refletindo semelhanças ou diferenças de ponto de vista entre os respondentes.

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

As operadoras entrevistadas declararam exercer forte controle dos custos 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. Os indicadores mais utilizados são os de curto prazo, baseados na contabilidade tradicional, sendo o lucro contábil o indicador mais utilizado (Miranda & Reis, 2006).

Observa-se que nos laboratórios o controle se limita a autorização dos exames on-line e a validade da carteira utilizada pelo cliente, habitualmente não ocorrem glosas nem restrições. No que se refere aos serviços de imagem, onde existem exames e procedimentos de alto custo, já existe um controle rígido, o mesmo acontecendo com as clínicas e hospitais cujo controle se dá através da autorização do procedimento, estabelecimento de tabelas e algumas vezes por manobras administrativas visando dificultar a liberação de exames, procedimentos e cirurgias.

Sobre a utilização de pré-autorização como medida de controle, duas das operadoras entrevistadas responderam afirmativamente, reconhecendo utilizar deste recurso e a terceira negou o seu uso como medida de controle, apenas como medida de avaliação de cobertura, havendo uma discordância entre a prática e o discurso. A mesma pergunta foi repetida aos prestadores de serviços e a resposta foi afirmativa pela maioria deles. Apenas um laboratório referiu não ter pré-autorização, mas pontuou duas exceções entre as operadoras. A autorização é pedida rotineiramente para os exames de alta complexidade.

Em relação ao indicador tempo, desdobrado em tempo de atendimento e tempo de acesso, vai depender da especialidade, segundo diretriz da ANS, normalmente é superior ao que foi relatado nas entrevistas. As operadoras, questionadas sobre o tempo de atendimento dos seus clientes pelos serviços, declararam depender do cliente fazer alguma reclamação por escrito para apurarem a veracidade da informação e ter contato com o prestador. A maioria dos serviços afirmou não existir controle do tempo de atendimento dos clientes pelas operadoras nos serviços contratados e ser de

total responsabilidade do prestador o controle do tempo de atendimento. O único controle que existe é sobre o tempo de internação nos hospitais. Nos laboratórios não existe agendamento e cada serviço tem o seu tempo determinado pela procura dos clientes.

Em relação ao quesito confiabilidade foi perguntado se as operadoras faziam avaliação periódica do atendimento profissional, da aparelhagem e se existia alguma avaliação em relação ao serviço prestado. Os prestadores entrevistados negaram avaliação do atendimento profissional e da aparelhagem pelas operadoras. As aparelhagens têm a manutenção ditada pelos fabricantes, não existindo exigência da operadora nesse sentido. Duas das operadoras entrevistadas declararam fazer esse trabalho, havendo uma contradição nesse sentido segundo as respostas dos serviços entrevistados.

Quanto à avaliação nos serviços prestados ela só é feita no momento da contratação dos serviços ou quando ocorre alguma reclamação por parte do paciente, não existindo avaliação periódica. De todas as operadoras existentes no mercado apenas uma foi citada como realizadora desse trabalho, não estando entre as entrevistadas. Quando a operadora contrata algum novo serviço, usualmente faz uma visita técnica para confirmar a condição de sua realização.

Segundo os entrevistados em relação ao indicador flexibilidade, avaliando-se à amplitude de horário e volume de atendimento, os serviços mantêm o padrão comercial, com algumas exceções. Os hospitais têm atendimento 24 horas. Não existe monitoramento do tempo e volume de atendimento pelas operadoras. Quanto à possibilidade de melhor aproveitamento da aparelhagem com atendimento contínuo ou em turnos, os serviços referem dificuldades frente aos custos com a mão de obra pelas nossas leis trabalhistas. Um dos entrevistados declarou ainda 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 tange a abrangência (amplitude) da rede de atendimento, as operadoras consideram a rede de atendimento satisfatória. Há controvérsia entre o discurso e a evidência. O mais comum é o usuário ter o acesso cerceado a exames e serviços através de protocolos, autorizações e perícias, não encontrando resposta na rede disponibilizada pela operadora (Malta *et al.*, 2004).

Quanto à segmentação dos planos ou planos customizados, implica algumas vezes em planos com coberturas limitadas, pressupondo a interrupção da linha de cuidados e dificultando sua comercialização. Um exemplo é o que acontece com os planos ambulatoriais. As urgências não são seguidas de internação e o usuário termina sendo responsável pela solução do seu problema.

Em relação ao critério qualidade, questionando-se sobre a realização de pesquisa de satisfação com seus clientes, todos os prestadores responderam afirmativamente. O resultado, no

entanto, não é repassado para as operadoras, que também não exige nenhuma avaliação dos seus contratados. Todos foram unânimes em afirmar que a avaliação dos serviços e área de atendimento e conforto das instalações, só ocorre algumas vezes no momento do credenciamento. Apenas uma operadora, que não se encontrava entre as entrevistadas, foi citada pelos prestadores como uma operadora que habitualmente faz esse tipo avaliação.

## CONCLUSÃO

O resultado mostrou a grande preocupação das operadoras com o custo dos serviços e com a sinistralidade operacional, usando de mecanismos de controle com essa finalidade. Observou-se que os gestores se utilizam de um sistema de controle gerencial, projetados em torno de um referencial financeiro imediato. Em face da crescente complexidade do sistema de saúde é necessária a mudança para modelo de gestão estratégica projetada em torno da visão de longo prazo com a utilização de indicadores financeiros com medidas direcionadoras e que alavancam o desempenho futuro para atender a necessidade de informação de todos os interessados, internos e externos à organização.

Analisando-se o critério tempo de atendimento, observa-se inexistir controle pela maioria das operadoras entrevistadas em relação aos serviços contratados e até em relação aos próprios serviços. A administração deste indicador de desempenho pode auxiliar a operacionalidade do sistema, contribuindo para ações visando o término das longa filas de espera, usuais principalmente nos serviços de diagnóstico por imagem e no preenchimento das lacunas decorrentes dos horários ociosos. O agendamento em sua maioria é manual. A agilização dos processos através da tecnologia da informação beneficiará a todos os envolvidos, principalmente aos clientes que buscam internação ou realização de exames.

Em relação ao indicador flexibilidade analisando-se a amplitude de horário e o volume de atendimento foi observado que a quase totalidade dos serviços só operam durante o horário comercial, sem considerar a economia da utilização de turnos de serviços, a redução do tempo de espera de agendamento e a diminuição das filas de atendimento para o cliente.

Em relação ao critério qualidade se avaliam as condições de conforto e segurança da estrutura físico-funcional, isto é, da aparelhagem e instalações. Não há rigorosamente um controle das operadoras sobre a qualidade profissional e da aparelhagem nos serviços conveniados, alheios ao comprometimento legal inerente à relação trabalhista e previdenciária existente entre operadora e prestadores de serviços. A adoção de conceitos de segurança pelo profissional e pela instituição prestadora de serviços aumenta a satisfação do cliente e serve como diferencial. Através das entrevistas, foi apontado que a manutenção periódica da aparelhagem fica a cargo dos serviços

especializados. As operadoras não fazem avaliação de seus contratados, a habilitação dos serviços é fiscalizada apenas pela autoridade sanitária.

O indicador de desempenho confiabilidade implica em rapidez na entrega dos resultados e segurança diagnóstica. Priorizando-se a qualidade e a confiabilidade haverá uma melhoria de todo setor saúde, gerando melhor resultado com menor custo e satisfação da expectativa dos clientes e dos profissionais desta área. Tem que se ter preocupação com o conforto e bem estar do paciente, além da verificação constante da aparelhagem, para que esta funcione dentro das especificações, sem possibilidades de danos físico e ambiental.

Em relação à verticalização as operadoras optaram por esta vertente como forma de conhecimento e controle de custo. Os serviços passaram a ocupar geograficamente pontos de menor acesso da operadora e a valorizar a qualidade da sua prestação de serviços, desenvolvendo pesquisas internas de satisfação sem o compartilhamento dos resultados com as operadoras ou com outros serviços.

O manejo de forma regular dos critérios de desempenho 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.

Avaliando a saúde sob o prisma dos indicadores se quantifica a necessidade de sua utilização, para sanar alguns problemas existentes na saúde suplementar. A análise das entrevistas mostrou que apenas os critérios de desempenho custo e qualidade têm maior relevância para os gestores das operadoras e prestadores de serviços.

A estabilidade do sistema é favorecida pela melhoria dos processos e do relacionamento entre as partes. O uso de indicadores melhora a gestão de cada empresa possibilitando a configuração de uma rede com o trabalho orquestrado em benefício do cliente. Por ser um setor produtivo em crescimento, é inegável sua importância na ampliação da oferta de empregos e qualificação da mão de obra.

## REFERENCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2012). *Caderno de Informação suplementar; beneficiários, operadoras e planos* (Trimestral Set.). Rio de Janeiro: ANS.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2013). *Caderno de Informação suplementar; beneficiários, operadoras e planos* (trimestral mar.). Rio de Janeiro: ANS.

Araujo, C. A. S. (2005). *Fatores a serem gerenciados para o alcance da qualidade para os clientes internos: um estudo em um conjunto de hospitais brasileiros*. Tese de doutorado em Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

- Bresser Pereira, L. C. (2000). A reforma gerencial do Estado de 1995. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, 34(4), 7- 26, jul./ago.
- Cappetin, R., Chow, C. W., & Mcnamee, A. H. (1998). *On the need and opportunities for improving costing and cost management in health care organization*. USA: Managerial finances.
- Corrêa, H. L., & Corrêa, C. A. (2011). *Administração de produção e operações. Manufatura e serviços: uma abordagem estratégica*. São Paulo: Editora Atlas.
- Corrêa, H. L., & Gianesi, I. G. N. (1995). Gestão estratégia de operações de serviços. *Anais da Assembléia do Conselho Latino Americano de Escolas de Administração*, São Paulo, SP, Brasil, 30.
- Davis, F. S. (1994). *Qualidade total em saúde*. São Paulo: Editora STS.
- Farias, L. O. (2003). *Estabelecimentos de saúde privados no Brasil: questões acerca da distribuição geográfica e do financiamento da demanda*. Rio de Janeiro: ANS.
- Fonseca, A. L. (2004). *Portabilidade em planos de saúde no Brasil*. Dissertação de mestrado Profissionalizante. Universidade Nova Lisboa. Lisboa, Portugal.
- GIL, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Gonçalves, A. A., Oliveira, M. J. F., & Leitão, A. R. (2006). Gestão de operações em serviços de saúde. *Anais do Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais*. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, SP, Brasil, 9.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). *The balanced scorecard*. Boston: Harvard Business School.
- Lima, M. C. (2008). *Monografia: a engenharia da produção acadêmica* (2ª ed.). São Paulo: Saraiva.
- Malik, A. M.(1996). *Avaliação, Qualidade e Gestão: para trabalhadores da área de saúde*. São Paulo: Senac.
- Malta, D. C., Cecílio, L. C. O., Merhy, E. E., Franco, T. B., Jorge, A. O., & Costa, M. A. (2004). Perspectiva da regulação na saúde suplementar diante dos modelos de assistenciais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(2), 433-444. Recuperado em 14 de janeiro, 2013 de [HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000200019&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200019&nrm=iso)
- Miranda, C. R. (2004). Gerenciamento de custo em plano de assistência à saúde. In: *Agência de Saúde Suplementar*. (2004). Documento técnico de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003 (Tomo 2). Rio de Janeiro: Bookmark, p. 425-461.
- Miranda, G. J., & Reis, E. A.(2006). Indicadores financeiros e não financeiros de longo prazo: um estudo em empresas atacadistas e distribuidores brasileiros. *Contabilidade Vista & Revista*, Belo Horizonte, 17(4), 11-34.
- Nogueira, C. A. L. (2004). *Análise da estrutura econômica da saúde suplementar: em busca de uma estrutura eficiente de mercado*. Dissertação de mestrado em Saúde Pública. Universidade Nova Lisboa. Lisboa, Portugal.
- Novaes, H. M. D. (2004). Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20(2), 147-157.
- Pace, E. S. U., Basso, L. F. C., & Silva, M. A. (2003). Indicadores de desempenho como direcionadores de valor. *Revista de Administração Contemporânea*, 7(1), 37-65, jan.- mar.

- Pinto, L. F. (2003). *O setor de saúde suplementar: acesso e cobertura populacional*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz.
- Porto, S. M., Santos, I. S., & Ugá, M. A.D. (2006). A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 11(4), 895-910.
- Resende, J. F. B. (2004). Modelos de indicadores de desempenho empresarial: utilidade, usos e usuários. *Revista da Faculdade de Direito Milton Campos*. Belo Horizonte, 11, 217-235.
- Resende, J. F. B. (2009). *Modelos de desempenho empresarial- sinais organizacionais*. Minas Gerais. Faculdade de Administração do SENAC.
- Ribeiro, J. L. D., & Milan, G. S. (2004). *Entrevistas individuais: teoria e aplicação*. Porto Alegre: FEENG/UFGRS.
- Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas* (3ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Roesch, S. M. A. (1996). *Projetos de estágios do curso de administração: guia para pesquisa, projetos, estágios e trabalhos de conclusão de curso*. São Paulo: Atlas.
- Silva, A. A. (2003). Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. Um novo relacionamento estratégico. *Anais do Fórum de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Porto Alegre, PR, Brasil.
- Slack, N., Chambers, S., & Johnston, R. (2009). *Administração de Produção* (3ª. ed.). São Paulo: Atlas.
- Souza, M. A., & Collaziol, E. (2006). Planejamento e controle dos custos da qualidade: uma investigação prática empresarial. *Revista Contabilidade & Finanças*. São Paulo, 41, 38-55, maio/ago., 2006.
- Teixeira, R., & Paiva, E. L. (2008). Trade-offs em serviços customizados e o ponto de vista do cliente. *Revista de Administração Contemporânea*. Curitiba, 12(2), abr./jun.
- Vergara, S. C. V. (2011). *Projetos e relatórios de pesquisa em administração* (13ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Zucchi, P., Del Nero, C., & Malik, M. (2000). Gastos em saúde. Os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, 9(1/2), 127-150.

## **OPERATIONS STRATEGY IN HEALTH SERVICES: A CASE STUDY OF THE OPERATORS OF SUPPLEMENTAL HEALTH IN SURANCE**

### **ABSTRACT**

The health supplement consists of operators of health plans, hospitals, imaging centers, laboratories and additional diagnostic and treatment services, an interlocking network of relationships. In this paper, through a survey of managers, evaluated the use of performance indicators in the health insurance. The result showed that they work with trade-off in costs and that indicators such as speed, flexibility, reliability has predominant participation in operational services.

**Keywords:** Performance indicators; Performance criteria; Operations management in health insurance.

## **OPERACIONES DE ESTRATEGIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD: UN ESTUDIO DE CASO DE LAS OPERADORAS DEL SEGUROS DE SALUD SUPLEMENTARIA**

### **RESUMEN**

La salud suplementaria es compuesta por operadoras de planes de salud, hospitales, servicios de imagen, laboratorios y servicios complementarios de tratamiento y diagnóstico en una imbricada red de relacionamiento. En este trabajo, a través de una búsqueda con gerentes, se evaluó el uso de indicadores de desempeño en la salud suplementaria. El resultado mostró que éstos trabajan con “trade-off” en los costos y que indicadores con velocidad, flexibilidad, confiabilidad, no tienen participación preponderante en la operatividad de los servicios.

**Palabras clave:** Los indicadores de rendimiento; Criterios de rendimiento; Gestión de operaciones en el seguro de salud.