

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.**

**CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM
GESTÃO HOSPITALAR**

THATYANE BEATRYSSE ZEPON

**ANÁLISE DO PROCESSO DE EMISSÃO DE
CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE UMA
OPERADORA DE SAÚDE DE JOINVILLE - SC**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

THATYANE BEATRYSSE ZEPON

**ANÁLISE DO PROCESSO DE EMISSÃO DE
CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE UMA
OPERADORA DE SAÚDE DE JOINVILLE - SC**

JOINVILLE, 2013

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
CAMPUS JOINVILLE
CURSO GESTÃO HOSPITALAR**

THATYANE BEATRYSSE ZEPON

**ANÁLISE DO PROCESSO DE EMISSÃO DE
CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE UMA
OPERADORA DE SAÚDE DE JOINVILLE - SC**

**Submetido ao Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Santa Catarina como parte dos requisitos de
obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar.**

Orientador: Jorge Cunha, MSC.

JOINVILLE, 2013

Zepon, Thatyane Beatrysse.

Análise do Processo de Emissão de Contrato de Prestação de Serviço de Uma Operadora de Saúde de Joinville - SC / Zepon, Thatyane Beatrysse – Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2013. 94 f.

Trabalho de Conclusão de Curso - Instituto Federal de Santa Catarina, 2013. Graduação. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.

Orientador: Jorge Cunha, Msc.

1. Contrato de Saúde 2. Credenciamento 3. Operadora
I. Título.

ANÁLISE DO PROCESSO DE EMISSÃO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE UMA OPERADORA DE SAÚDE DE JOINVILLE - SC

THATYANE BEATRYSSE ZEPON

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e aprovado na sua forma final pela banca examinadora do Curso Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina.

Joinville, 03 de Dezembro de 2013.

Banca Examinadora:

Prof^o. Jorge Cunha, Msc.
Orientador

Prof^a. Dayane Clock, Ma.
Avaliadora

Prof^a. Reginalda Maciel, Ma.
Avaliadora

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha mãe e meu pai, os quais amo muito, pelo exemplo de vida e família; pelo apoio, incentivo e paciência durante a realização deste curso.

Agradecimentos

Acima de tudo agradeço a Deus, que me deu sabedoria e perseverança para poder vivenciar momentos como este de conquista pessoal e profissional. Sem Ele nada seria possível.

A minha família, em especial aos meus pais, por terem me ensinado o valor da educação na formação do caráter.

Ao professor Jorge Cunha, meu orientador, pela ajuda no direcionamento do trabalho, o qual compartilhou seus conhecimentos com preocupação e grande dedicação.

E não menos importante, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste projeto.

RESUMO

As organizações de saúde buscam investir cada vez mais na qualidade de seus serviços, isso garante benefícios relacionados à produtividade, lucratividade, satisfação dos clientes e posicionamento diferenciado no mercado. No decorrer dos anos, as operadoras de planos de saúde passaram por diversas transformações e tiveram a necessidade de se adaptar a novos processos. É necessário que estes processos sejam estudados, possibilitando assim qualidade em seus resultados. Este trabalho tem como objetivo analisar o processo de emissão de contratos de prestação de serviço no setor de credenciamento de uma operadora de planos de saúde, localizada na cidade de Joinville, Santa Catarina. Para isso, a metodologia adotada neste trabalho foi inicialmente uma pesquisa de caráter exploratório, utilizando como estratégia uma revisão bibliográfica sobre o tema. O desenvolvimento deste trabalho ocorre através do estudo de caso, no qual pesquisas foram realizadas mediante registros e informações coletadas. O problema, em questão, foi desdobrado por meio da Metodologia de Análise de Solução de Problemas – MASP, sedimentada pela abordagem da qualidade no contexto administrativo. Por meio desta análise, pretende-se mostrar que com a aplicação de métodos adequados, é possível transformar problemas em oportunidades de melhorias. Conclui-se que a utilização de métodos adequados é importante para garantir qualidade nos processos e seus resultados. Através da Metodologia de Análise de Solução de Problemas – MASP foi possível mapear o atual processo de emissão de contratos, identificar principais causas de problemas e propor melhorias.

Palavras-chave: Qualidade; Operadora de saúde; Processo; Contratos.

ABSTRACT

Healthcare organizations increasingly seek to invest in the quality of its services and it provides benefits related to productivity, profitability, customer satisfaction and differentiated positioning in the market. Over the years, suppliers of health plans went through several changes and had the need to adapt to new processes. It is necessary that these processes are studied, allowing for quality in their results. This assignment aims to analyze the process of issuing contracts to provide credentialing service sector of a supplier of health plan, located in Joinville city, Santa Catarina. For this, the methodology adopted in this assignment was initially a research exploratory using as the strategy a literature review on the topic. The development of this assignment occurs through the case study in which surveys were conducted by records and information collected. The problem in evidence was deployed through the Analysis Methodology Troubleshooting - MASP presented by quality approach in the administrative context. Through this analysis, it aims to show that with the application of appropriate methods, it is possible to change problems into opportunities for improvement. It is concluded that the use of appropriate methods is important to ensure quality in processes and their results as well. Through Analysis Methodology Troubleshooting - MASP was possible to map the current process of issuing contracts identifying the main causes of problems and to make improvement suggestions.

Key-words: Quality; Operator health; Process; Contracts.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Conceito de Controle de Processos.....	29
FIGURA 2 - Método de Solução de Problemas	31
FIGURA 3 - Exemplo de Gráfico de Pareto	33
FIGURA 4 - Modelo conceitual dos 5W e 2Hs.....	34
FIGURA 5 - Exemplo de Cronograma	35
FIGURA 6 - Exemplo de diagrama de causa e efeito.....	37
FIGURA 7 - Fluxograma do Processo de Emissão de Contrato.....	48
FIGURA 8 - Diagrama de Causa e Efeito (Contratos Incorretos)	61

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Divergências por Item Analisado	54
QUADRO 2 - Perdas	56
QUADRO 3 - Observação do Problema Sob Vários Pontos de Vista.....	59
QUADRO 4 - Média de Atividades por Funcionário.....	63
QUADRO 5 - Rotatividade de Funcionários.....	66
QUADRO 6 - Plano de Ação	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CONSU - Conselho de Saúde Suplementar
CPF - Cadastro de Pessoa Física
CRM - Conselho Regional de Medicina
MASP - Método de Análise e Solução de Problemas
OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais
RG - Registro Geral
RN - Resolução Normativa
SUS - Sistema Único de Saúde
TI - Tecnologia da Informação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 OBJETIVO GERAL	16
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
1.3 PROBLEMA.....	16
1.4 JUSTIFICATIVA.....	17
2. REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 SAÚDE SUPLEMENTAR.....	18
2.1.1 OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE	19
2.1.2 CREDENCIAMENTO - CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR	20
2.1.3 CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	21
2.2 QUALIDADE	25
2.2.1 QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	27
2.2.2 PROCESSO	28
2.2.3 MASP – METODOLOGIA DE ANÁLISE E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS	30
3 METODOLOGIA	43
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	45
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE ESTUDADO	45
4.1.1 SETOR DE CREDENCIAMENTO	47
4.1.2 PROCESSO DE EMISSÃO DE CONTRATO	47
4.2 APLICAÇÃO DO MASP EM UMA OPERADORA DE SAÚDE. 51	
4.2.1 PROCESSO 1: IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	51
4.2.2 PROCESSO 2: OBSERVAÇÃO	58
4.2.3 PROCESSO 3: ANÁLISE	60
4.2.4 PROCESSO 4: PLANO DE AÇÃO	68

5 CONCLUSÕES	71
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICES.....	76
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ESTRESSE.....	77
APÊNDICE B – COLETA DE DADOS.....	78
ANEXOS.....	79
ANEXO A – RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 42, DE 4 DE JULHO DE 2003.....	80
ANEXO B – RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 54, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2003	85
ANEXO C – RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 71, DE 17 DE MARÇO DE 2004	89

1 INTRODUÇÃO

As organizações de saúde buscam cada vez mais investir nos processos de implantação de sistemas de gestão da qualidade. A preocupação com a qualidade na prestação de serviços não é recente, porém, nos últimos anos vem avançando gradativamente com a evolução da tecnologia nesta área. A razão de tanto interesse por esta forma de trabalho, não está relacionada somente ao fascínio de ter a qualidade implantada, mas aos seus benefícios relacionados à produtividade, lucratividade e posicionamento diferenciado no mercado. Surge então a necessidade de conhecimento das ferramentas da qualidade e de melhoria contínua, para suas corretas aplicações, prevenção e solução de problemas.

Neste trabalho será apresentada uma investigação das causas de problemas ocorridos no processo de emissão de contratos de uma operadora de saúde. Inicialmente será realizado um levantamento das falhas existentes nos contratos, as quais serão estratificadas visando identificar suas principais causas, através de algumas ferramentas da qualidade utilizadas no método de análise e solução de problemas (MASP).

O trabalho é estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se a visão geral do trabalho, o objetivo geral, os objetivos específicos, problema e justificativa do tema escolhido. No segundo capítulo será apresentado um breve histórico do surgimento da saúde suplementar assim como sua definição. Este capítulo descreve ainda o conceito de operadoras de planos de saúde, credenciamento e contrato de prestação de serviços. Serão apresentadas também, definições relacionadas à qualidade e processos, isoladamente, e suas relações com a área de prestação de serviços na saúde. O terceiro capítulo descreve a metodologia utilizada. O quarto capítulo refere-se ao estudo de caso, onde são apresentadas as características do ambiente estudado, assim como o mapeamento do processo de emissão de contratos. Em seguida será apresentada a aplicação do MASP, para análise e definição dos problemas existentes no processo. No quinto capítulo, apresentam-se as conclusões da pesquisa e recomendações para trabalhos futuros.

Este trabalho irá mostrar que com simples soluções é possível resolver problemas, mesmo que estes sejam ou pareçam complexos. Para isso, basta que as ações sejam realizadas de forma estruturada e dentro de uma metodologia apropriada.

1.1 Objetivo Geral

O trabalho tem por objetivo geral analisar o processo de emissão de contratos de prestação de serviço no setor de credenciamento de uma operadora de saúde, localizada na cidade de Joinville, Santa Catarina.

1.2 Objetivos Específicos

- Mapear o processo de emissão de contratos e suas principais atividades;
- Identificar principais problemas encontrados no processo e suas causas;
- Propor melhorias no processo de emissão de contratos.

1.3 Problema

Com o aumento do número de beneficiários na saúde suplementar, as operadoras de saúde tem vivenciado uma grande concorrência em relação ao suprimento de redes de atendimento especializado. O mercado esta tendo um relativo crescimento, fazendo com que as operadoras tentem ter diferencial na contratação dos seus prestadores de serviços. Este diferencial resulta em variados tipos de contratações, ou seja, formulação de contratos específicos. Nesta grande corrida pela contratação rápida e suprimento das redes de atendimento, nota-se um número expressivo de contratos incompletos. Desta forma, o problema de pesquisa apresentado procura responder a

seguinte questão: quais as causas principais que geram os contratos incompletos?

1.4 Justificativa

Os serviços de saúde, tanto privados quanto públicos, tem avançado suas tecnologias de forma significativa nos últimos anos. Os planos de saúde privados possuem significativa participação neste avanço, pois crescem cada vez mais no Brasil. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2013 o número de beneficiários de planos de saúde privado chegou a 25,1% da população. É necessário que a qualidade acompanhe esta evolução, oferecendo novos conceitos e ferramentas para melhoria dos serviços.

Com o rápido crescimento da operadora de planos de saúde estudada, houve limitado planejamento e acompanhamento em relação ao tema qualidade. O tema estudado possui relevância, considerando que existem poucas pesquisas referentes ao setor de credenciamento em operadores de planos de saúde. Além disso, o trabalho poderá servir como base para análise de diferentes setores que também apresentem problemas possíveis de serem estudados pelas ferramentas da qualidade.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão abordados os conceitos que nortearão o desenvolvimento do trabalho, autores serão referenciados, trabalhos similares e sites relacionados ao tema.

2.1 Saúde Suplementar

De acordo com a Federação Brasileira de Hospitais (2013), a saúde suplementar pode ser definida como todo atendimento privado de saúde, realizado ou não por meio de um convênio com um plano de saúde. Dentro deste cenário da Saúde Suplementar no Brasil, estão presentes o governo, representado pelo Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), além das operadoras de planos privados, as seguradoras e os prestadores de serviço de assistência a saúde.

Incentivada pela deficiência de atendimentos na rede pública, a expansão da Saúde Suplementar teve início na década de 1960. De acordo com Silveira (2009), foi neste período que surgiram no Brasil os serviços privados de assistência à saúde. Inicialmente sob a forma de planos de assistência médica, e posteriormente, na década de 1990 houve a sedimentação dos chamados seguros-saúde.

Gregori (2010, p.35) define que:

O sistema de saúde é formado por dois subsistemas: de um lado, está o subsistema público, que incorpora a rede própria e a conveniada/contratada ao SUS; e, de outro, está o subsistema privado, que agrupa a rede privada de serviços de saúde não vinculados ao SUS.

A autora afirma também que o subsistema privado pode ser determinado como suplementar, ou ainda, conhecido como setor privado complementar, porque vem a complementar a assistência médico-hospitalar dentro do SUS. Esta participação se faz mediante contrato, sendo que os valores de remuneração

são estabelecidos pelo Poder Público. No entanto, a mesma autora esclarece que o setor privado não é formado apenas por estes estabelecimentos, pois existem também aqueles que não possuem qualquer vínculo com o SUS, que prestam serviços à população mediante pagamento direto ou por planos privados de assistência à saúde.

2.1.1 Operadora de Plano de Saúde

De acordo com a Receita Federal (2013), operadora de planos privados de assistência à saúde pode ser definida como:

a pessoa jurídica de direito privado constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a comercializar planos privados de assistência à saúde.

Segundo Gregori (2010), as operadoras de saúde estão estruturadas em basicamente quatro modalidades organizacionais: medicinas de grupo, seguradoras, cooperativas e autogestões. No entanto, após a normatização do setor e regulação editada pela ANS, estas classificações foram ampliadas em função das particularidades de cada organização, em relação à forma de escrituração contábil e ao tipo de atenção prestada. Desta forma, as operadoras passaram a estar classificadas nas modalidades organizacionais: medicina ou odontologia de grupo, seguradora, cooperativa médica ou odontológica, filantropia, autogestão e administradora de benefícios.

No decorrer dos anos, as operadoras de planos de saúde passaram por diversas transformações e tiveram a necessidade de se adaptar a novos processos para se manterem ativas no mercado. Leão, Motta e Zagatto (2009) afirmam que, em 1998 houve a criação da Lei n 9656/98 regulamentando os planos de saúde oferecidos por operadoras. Esta lei causou uma série de impactos no sistema de saúde privado. Algumas modificações foram: proibição de entrada de consumidores com idade

avançada ou portadores de doenças nos planos empresariais; limites para credenciamento de serviços credenciados; proibição de limites (prazo e valores máximos) para internação hospitalar; proibição da determinação de carência por atraso no pagamento.

Leão, Motta e Zagatto (2009) explicam que antes da implantação da Lei n 9656/98, a administração dos planos de saúde era aplicada de acordo com a força do mercado e econômica, não existindo nenhum mecanismo de controle para a regulação dos planos. Após a regulamentação imposta por esta lei, houve a implantação de regras entre as ações de prestadores (a operadora) e os usuários.

Os planos de saúde privados estão crescendo cada vez mais no Brasil. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o número de beneficiários de planos de saúde privado no país chegou a 49.231.643 (quarenta e nove milhões duzentos e trinta e um mil seiscentos e quarenta e três) em junho 2013, o que representa 25,1% da população. Em junho de 2012 esse número era de 48.695.327 (quarenta e oito milhões seiscentos e noventa e cinco mil trezentos e vinte e sete).

2.1.2 Credenciamento - Contratualização de Serviços de Saúde Suplementar

Nas operadoras de saúde, o credenciamento é o processo de contratação de profissionais e estabelecimentos prestadores de serviços na área da saúde, que atenderão aos usuários da operadora contratante.

De acordo com o Guia Prático da Contratualização – ANS (2013) existem dois elementos que são essenciais à formação do contrato, são estes a proposta e a aceitação. É na fusão entre proposta e aceitação que se desenvolve a relação contratual, onde os contratantes definem seus interesses através da oferta e aceitação.

A ANS define ainda, as fases da formação do contrato, conforme segue:

Negociações pré-contratuais. São as sondagens e os estudos prévios, de acordo com os interesses dos contratantes, com o propósito de ofertar ou aceitar em contrato futuro, sem qualquer vínculo jurídico.

Proposta. É uma declaração de vontade, unilateral, que obriga o proponente perante o solicitado, se este último aceitar.

Aceitação. É a manifestação da vontade, expressa ou tácita, da parte do destinatário de uma proposta, feita dentro do prazo, que concorde livre, igual e conscientemente com todos os termos da proposta, tornando o contrato definitivamente concluído. (ANS, 2012, p.25)

2.1.3 Contrato de Prestação de Serviços

Diniz (2000 *apud* GREGORI, 2010, p.129) afirma que contrato é:

O acordo de duas ou mais vontades, na conformidade de ordem jurídica, destinado a estabelecer uma regulamentação de interesses entre as partes, com o escopo de adquirir, modificar ou extinguir relações jurídicas de natureza patrimonial.

Pode-se afirmar, então que o contrato define de forma jurídica o acordo de vontades entre duas partes. É através dele que se estabelecem os direitos e os deveres que o contratante e o contratado devem seguir.

Para Gregori (2010), o contrato representa o instrumento pelo qual se constituem, resguardam, modificam ou extinguem direitos e obrigações reciprocamente pactuadas, cuja função é conciliar interesses, possibilitando equilíbrio e permitindo aos contratantes a convivência pacífica de suas vontades.

Ventura (2010), por sua vez, ao tratar deste assunto, afirma que o contrato não deve ser confundido com seu instrumento. Para ele, o instrumento do contrato é o meio pelo qual ele se materializa, podendo ser um papel, uma escritura

pública, uma mídia eletrônica de gravação, etc. Ainda assim, existem contratos que, apesar de não serem instrumentalizados, também são considerados válidos. São os tradicionais contratos verbais.

Na opinião de Lima (2010), é destacada a importância da contratualização entre prestadores de serviços e as operadoras de saúde, conforme segue:

para a formalização do contrato de credenciamento, fica reconhecida a situação de obrigatoriedade de apresentação do Contrato e dos documentos solicitados pela operadora, visando dar exigibilidade ao profissional e/ou estabelecimento. (LIMA , 2010, p.35)

Frente a isso, pode-se compreender que a formalização é indispensável na contratação de profissionais ou entidades prestadores de serviços. Este importante documento deverá estabelecer claramente os serviços que serão executados e os valores que serão pagos, além das obrigações e direitos das duas partes. Lima (2010) esclarece que, os profissionais ou entidades prestadores de serviços na área de saúde que se credenciam as operadoras, exercerão suas atividades em seus estabelecimentos, sem qualquer vinculação hierárquica com as operadoras de saúde.

De acordo com o Guia Prático da Contratualização – ANS (2013), as cláusulas obrigatórias mínimas que devem constar nos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços são:

a) Qualificação das partes contratantes: É o item em que se identificam adequadamente as partes contratantes. Devem constar os seguintes dados: nome, razão social, CPF, CNPJ, endereço, representante legal e, principalmente, a qualificação específica. A qualificação específica deve prever obrigatoriamente o registro da operadora na ANS e o registro do prestador de serviços no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

b) Definição detalhada do objeto: Esta cláusula deve definir claramente quais os serviços/procedimentos que estão

contratados, para atendimento aos beneficiários da operadora; Também devem constar todos os dados que caracterizem o prestador, ou seja: hospital geral, maternidade, hospital psiquiátrico, hospital-dia, clínicas ou hospitais especializados, bem como as especialidades e as áreas de atuação, o local e o horário de atendimento.

c) Padrão de acomodação oferecido (apenas para prestadores de serviços hospitalares): Devem ser especificados os tipos de acomodação contratados (se individual, coletivo, ou ambos);

d) Prazos e procedimentos para faturamento e pagamento do serviço prestado: Neste item devem ficar claros os direitos e as obrigações de ambas as partes. Devem ser especificados os prazos para a entrega e a análise das faturas, a apresentação de recursos pelo prestador e o pagamento pela operadora;

e) Valores dos serviços contratados e dos insumos utilizados: O contrato deve estabelecer claramente os valores para cada um dos serviços/procedimentos contratados;

f) Rotina de auditoria técnica e administrativa, quando houver: Serão identificados os profissionais habilitados para auditoria técnica, os prazos, os meios utilizados, os locais, as referências técnicas, os esclarecimentos de procedimentos, entre outros aspectos;

g) Rotina para habilitação do beneficiário pelo prestador dos serviços: Neste item deve-se especificar o procedimento a ser seguido e os tipos de documentos que deverão ser apresentados ao prestador para a identificação do beneficiário;

h) Atos e eventos que necessitam de autorização administrativa da operadora: Esta cláusula deve especificar todos os serviços, procedimentos e insumos que impliquem autorização prévia por parte da operadora;

i) Vigência dos instrumentos jurídicos - Prazo de início e de duração do acordado: É a cláusula na qual se estabelece a data de início de prestação de serviços e a vigência do contrato;

j) Regras para prorrogação ou renovação do instrumento firmado com o prestador: Instrumentos jurídicos com prazo determinado devem prever uma cláusula que defina as regras para a prorrogação ou a renovação do instrumento firmado;

k) Rescisão ou não renovação - Prazo mínimo para a notificação da data pretendida para a rescisão do instrumento jurídico: Na hipótese de rescisão ou de encerramento do contrato, é necessário indicar o prazo mínimo para a notificação entre as partes;

l) Informação da Produção Assistencial: Desta cláusula deve constar o estabelecimento contratual da obrigação que tem o prestador de serviços de informar todos os dados da assistência prestada aos beneficiários da operadora, tornando-a apta a fornecer informações, quando requisitadas pela ANS, observadas as questões éticas e o sigilo profissional;

m) Direitos e obrigações relativos às condições gerais da Lei nº 9.656 e às estabelecidas pelo CONSU e pela ANS: São vedadas as cláusulas que estabelecem direitos ou obrigações que contrariem as disposições de lei 9.656, de 1998;

n) Fixação de rotinas para pleno atendimento ao disposto no art.18 da Lei nº 9.656, de 1998: De acordo com Lei nº 9.656 devem ser respeitadas as prioridades na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos, devendo se proceder de forma que as necessidades dos consumidores sejam atendidas;

o) Prioridade de atendimento para os casos de urgência ou emergência, assim como às pessoas com mais de sessenta anos de idade, às gestantes, às lactantes, às lactentes e às crianças de até cinco anos de idade: devem estar claramente estabelecidos nos instrumentos jurídicos;

p) Critérios para reajuste: Nos instrumentos jurídicos, deve estar claro o reajuste a ser aplicado aos serviços prestados, de maneira que ambas as partes possam calcular o novo valor dos serviços, decorrido o período para sua aplicação;

A saúde suplementar disseminada através dos planos de saúde busca atender aos clientes que exigem serviços aprimorados. Por meio dos prestadores e de adequados contratos firmados com os mesmos é que as operadoras irão alcançar serviços de qualidade.

2.2 Qualidade

“O termo *qualidade* vem do latim *qualitate*, conceito desenvolvido por diversos estudiosos e que tem origem na relação das organizações como mercado”. (SELEME; STADLER, 2010, p.11).

Sabe-se que a qualidade está se tornando cada dia mais importante nas estratégias de melhorias das organizações. Contudo, a qualidade deixa de ser implantada apenas nas indústrias e torna-se frequente na área de prestação de serviços. Seguindo esta afirmação, Nogueira (1999, p.ix) explica que:

O mundo tem testemunhado de alguns anos para cá um movimento constante por modernização e melhoria da qualidade, que se iniciou na indústria e vem-se alastrando a passos largos para a área de prestação de serviços.

De acordo com Mezomo (2001, p.11), “qualidade é entendida como a correspondência entre aquilo que o serviço se propõe oferecer à comunidade e sua efetiva consecução”.

Campos (1992, p.2), por sua vez, afirma que “um produto de serviço ou qualidade é aquele que atende perfeitamente, de forma confiável, de forma acessível, de forma segura e no tempo certo às necessidades do cliente”.

No entendimento de D'innocenzo et al. (2010), qualidade significa conformidade com os requisitos. A autora assim escreve:

Se não houver exigências claras, a qualidade torna-se sem sentido, ou sem subjetivo. Se a qualidade for entendida pelo orador, e cada orador pode dar-lhe um sentido diferente então não terá uma definição para a organização como um todo. (D'INNOCENZO et al., 2010, p.38)

Compreende-se então a necessidade de orientar a organização como um todo, esclarecendo os objetivos e benefícios da implantação da qualidade. Os resultados dependem do comprometimento de todos os integrantes da organização. Neste sentido, Mezomo (2001) destaca que não basta apenas implantar qualidade nos processos, é necessário recompensar e reconhecer o esforço das pessoas que contribuíram para o seu sucesso. Não fazê-lo seria desestimular os que acreditam na ideia e se comprometeram com sua execução.

No entendimento de Tajra (2009, p.177) “O princípio básico dos programas de qualidade é a satisfação de todos: colaboradores, fornecedores e clientes”.

Importante ainda, a contribuição de Tajra (2009), ao destacar que adotar um programa de qualidade significa buscar melhorias contínuas no atendimento, na redução de custos, na diminuição de prazos e de desperdícios e, conseqüentemente na eliminação de erros.

Para Seleme e Stadler (2010), a aplicação de ferramentas da qualidade contribui para diminuir a longo prazo os custos dos produtos e dos processos, o que aumenta ainda mais a competitividade da organização. Os autores esclarecem que a qualidade não é apenas mais uma opção das organizações, ela é aplicada através de metodologias e ferramentas com objetivos de extrair delas todo o potencial de melhoria e aceitação dos

produtos. As ferramentas são simples e muito eficazes, elas auxiliam o gestor na solução de problemas e permitem o crescimento em direção à melhoria da qualidade.

2.2.1 Qualidade nos Serviços de Saúde

Conforme Mezomo (2001), o setor de serviços sempre teve contato direto com o cliente, mas só a pouco tempo ele se deu conta do seu novo perfil, com clientes mais exigentes, críticos e mais conscientes de seus direitos. O cliente de hoje sabe analisar de forma mais criteriosa a relação custo-benefício dos serviços que utiliza.

Sabe-se que as organizações de saúde estão investindo cada vez mais na qualidade dos serviços, porém, essa busca por melhorias nos serviços é algo que se procura a muito tempo.

Ao se falar de qualidade em saúde, não se pode deixar de mencionar o esforço da pioneira Florence Nightingale (1820-1910), enfermeira inglesa que implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde em 1854, baseando-se em dados estatísticos e gráficos. Sua participação na Guerra da Criméia foi impressionante. Seis meses após sua chegada ao hospital de Scutari, as taxas de mortalidade recuaram de 42.7% para 2.2%, com os rígidos padrões sanitários e de cuidados de enfermagem por ela estabelecidos. (NOGUEIRA, 1999, p.1)

No entanto, é imprescindível ressaltar que, nos últimos anos a qualidade na área da saúde está evoluindo de forma mais intensa. Inicialmente não se pensava no planejamento da qualidade voltada a esta área, as melhorias eram realizadas conforme apareciam os problemas mais visíveis. Hoje a qualidade não visa apenas corrigir problemas, mas enfatiza a qualidade na assistência a saúde em busca de oferecer atendimento diferencial no atual mercado competitivo.

Nogueira (1999) destaca que a noção de qualidade está intimamente ligada às ciências de saúde, pois toda formação

profissional de saúde é orientada no sentido de melhoria - restauração da saúde do paciente. Segundo o autor, os grandes avanços da medicina foram realizados por pessoas que pensaram em melhorias, desta forma, os serviços de saúde se tornam um campo fértil para aplicação dos conceitos da qualidade.

Para Mezomo (2001, p.8), “A qualidade não é só uma metodologia gerencial e nem um problema puramente técnico e econômico. Ela é uma questão de ética e moral”. Pode-se afirmar então, que, deixar de buscar a qualidade é ato imoral, pois prejudica não apenas a organização, mas também seus clientes, principalmente quando os serviços prestados estão voltados à saúde e a vida do ser humano.

De acordo com Nogueira (1999, p.5), “A busca pela qualidade é uma jornada sem fim”. As organizações de saúde, mesmo que bem organizadas, necessitam de melhorias contínuas para manter seu nível de excelência no mercado.

2.2.2 Processo

Campos (1992, p.17) afirma que “processo é um conjunto de causas (que provoca um ou mais efeitos)”. O autor destaca também que “uma empresa é um processo e dentro dela existem vários processos: não só processos de manufatura como também processos de serviços”. Desta forma, o processo pode ser definido de várias maneiras. Nas organizações, o processo envolve a execução de tarefas que necessitam ser planejadas para que sua finalização seja a melhor possível, reduzindo tempo de execução e por consequência reduzindo custos.

Nogueira (1999) comenta que para gerenciar é essencial conhecer os processos. Resultados, bons ou ruins, não acontecem por acaso. Ele define processo como um conjunto de causas que gera um determinado efeito, ou como um conjunto de meios para se chegar a um determinado fim.

Para Nogueira (1999, p.16), “quanto mais simples os processos, mais fácil se torna gerenciá-los”. Sendo assim, ele sugere a subdivisão desses grandes processos em outros menores, o que facilita o controle e possibilita localizar mais

facilmente os problemas para agir na causa raiz. Esta afirmação entra em consenso com Campos (1992, p.17), segundo ele, “Controlando-se os processos menores é possível localizar mais facilmente o problema e agir mais prontamente sobre sua causa”. Ele destaca que a divisibilidade de um processo permite controlar sistematicamente cada um deles separadamente, podendo assim controlar de forma mais eficaz o processo todo.

Conforme Campos (1992), para que se possa ter controle e gerenciamento do processo há necessidade de medir e avaliar seus efeitos. Portanto, fica clara a necessidade de avaliação e controle dos processos, permitindo sanar possíveis problemas e obter bons resultados continuamente.

Nogueira (1999) explica que o controle de processos é fundamental para detectar os problemas (metas não atingidas e resultados indesejáveis), analisar estes problemas, buscando as suas causas, e atuar sobre elas para modificar o resultado.

A figura 1 exemplifica o conceito de controle de processos.

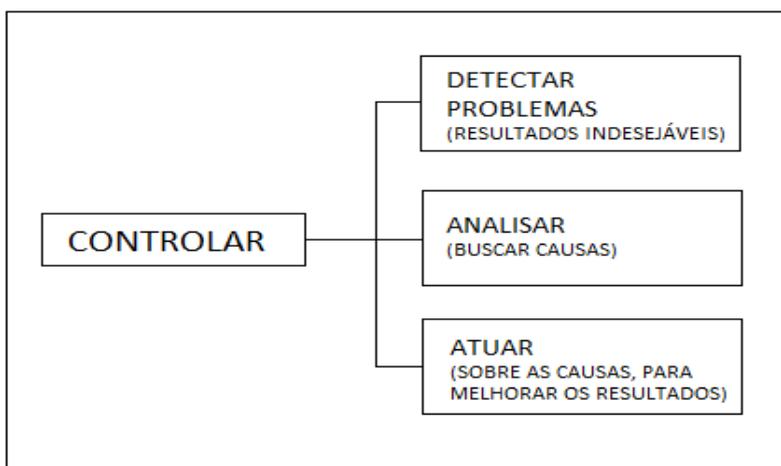


FIGURA 1 - Conceito de Controle de Processos

Fonte: NOGUEIRA (1999, p.16)

Podem ser diversas as causas e variações de um processo. É necessário, então, que os processos sejam estudados, possibilitando assim a melhoria de seus resultados.

2.2.3 MASP – Metodologia de Análise e Solução de Problemas

Seleme e Stadler (2010) explicam que o MASP (metodologia de análise e solução de problemas) foi uma adaptação, realizada no Brasil pelo professor Vicente Falconi Campos, que se originou do ciclo PDCA (planejar, desenvolver, controlar e ajustar) do professor Willian Edwards Deming. O autor comenta que conhecer o método é muito importante para a perfeita aplicação desta ferramenta.

De acordo com Seleme e Stadler (2010), o MASP pode ser aplicado em todas as áreas e processos organizacionais. Esta metodologia deve ser utilizada de modo sistêmico nas organizações, uma vez que sua adequada aplicação conduz à solução de problemas, o que, conseqüentemente, poupa recursos e provê essas instituições de uma base de dados que poderá traduzir-se em diferencial competitivo de mercado.

Campos (1998) apresenta os passos da metodologia para a solução de problemas (MASP) onde o processo segue a seguinte ordem: Identificação do problema, observação, análise, plano de ação, execução, verificação, padronização e conclusão, conforme figura:

Método de Solução de Problema - "QC STORY".			
PDCA	FLUXO-GRAMA	FASE	OBJETIVO
P	1	IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	DEFINIR CLARAMENTE O PROBLEMA E RECONHECER SUA IMPORTÂNCIA.
	2	OBSERVAÇÃO	INVESTIGAR AS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO PROBLEMA COM UMA VISÃO AMPLA E SOB VÁRIOS PONTOS DE VISTA.
	3	ANÁLISE	DESCOBRIR AS CAUSAS FUNDAMENTAIS.
	4	PLANO DE AÇÃO	CONCEBER UM PLANO PARA BLOQUEAR AS CAUSAS FUNDAMENTAIS.
D	5	EXECUÇÃO	BLOQUEAR AS CAUSAS FUNDAMENTAIS.
C	6	VERIFICAÇÃO	VERIFICAR SE O BLOQUEIO FOI EFETIVO.
	?	(BLOQUEIO FOI EFETIVO?)	
A	7	PADRONIZAÇÃO	PREVENIR CONTRA O REAPARECIMENTO DO PROBLEMA.
	8	CONCLUSÃO	RECAPITULAR TODO O PROCESSO DE SOLUÇÃO DO PROBLEMA PARA TRABALHO FUTURO.

FIGURA 2 - Método de Solução de Problemas

Fonte: CAMPOS (1998, p.226)

O autor Campos (1998) também detalha os passos da metodologia para a solução de problemas (MASP) conforme descrito a seguir:

2.2.3.1 Processo 1: Identificação do Problema

a) Escolha do Problema

Este passo tem como objetivo a definição clara do problema e reconhecimento de sua importância. Campos (1998, p.227) define problema como “o resultado indesejado de um trabalho”. O autor destaca que deve-se ter certeza de que o problema escolhido é o mais importante, baseando-se em fatos e dados.

b) Histórico do Problema

É a verificação da frequência do problema e como o mesmo tem ocorrido. Esta verificação é realizada através de dados históricos.

c) Mostrar Perdas e Atuais Ganhos Viáveis

Este passo deve mostrar quais são as perdas que estão ocorrendo em virtude do problema e ao mesmo tempo, fazer uma projeção do que poderá ser ganho em função das ações que poderão ser aplicadas. É necessário apresentar o custo da qualidade. Gráficos podem ser empregados como ferramentas.

d) Fazer a Análise de Pareto

A análise de Pareto também conhecida com Diagrama de Pareto, é uma ferramenta que permite priorizar temas e estabelecer metas numéricas viáveis. Esta ferramenta é um recurso gráfico que ordena as frequências das ocorrências permitindo a priorização dos problemas. Nesta etapa não se procuram causas, apenas resultados indesejáveis.

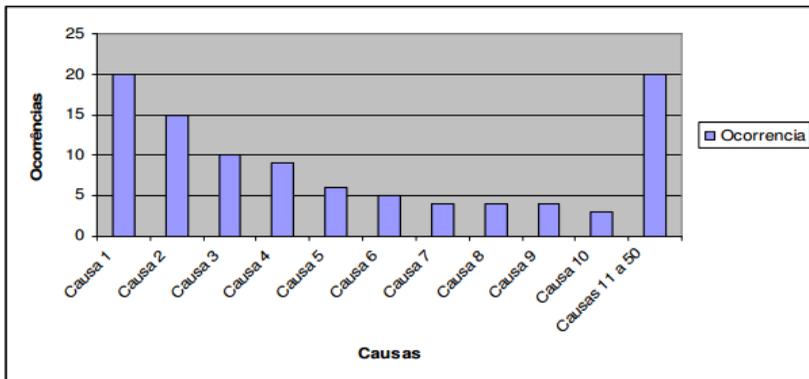


FIGURA 3 - Exemplo de Gráfico de Pareto

Fonte: GARCIA (2007, p. 79)

e) Nomear Responsáveis

É necessário nomear a pessoa responsável ou grupo responsável e o líder. Nesta etapa é importante definir uma data limite para solução do problema.

2.2.3.2 Processo 2: Observação

a) Descoberta das Características do Problema Através de Coleta de Dados

Esta é uma etapa muito importante, quanto mais tempo for investido nela e mais dados forem coletados, melhor será para resolver o problema. É necessário investigar as características do problema de forma ampla e sob vários pontos de vista, conforme segue:

- ✓ **Tempo:** Verificar se os resultados são diferentes em determinados períodos do dia (manhã, tarde e noite), ou em determinados dias (segundas-feiras, feriados...).

- ✓ **Local:** Verificar se os resultados são diferentes em partes diferentes um item (objeto) e em locais diferentes (espaço físico).
- ✓ **Tipo:** Verificar se em função do produto, da matéria-prima ou do material usado os defeitos são diferentes.
- ✓ **Sintoma:** Verificar se existe diferença nos resultados.
- ✓ **Indivíduo:** Verificar quem são os executantes.
- ✓ **5W 1H:** Coletar dados através de questionários. De acordo com Seleme e Stadler (2010), o 5W 1H é uma ferramenta que utiliza perguntas (elaboradas na língua inglesa) que se iniciam com as letras W e H. Atualmente, inclui-se um novo H (How much/Quanto custa), transformando o método em 5W 2H. O significado de cada uma das siglas está apontado na figura 4.

pergunta	significado	pergunta instigadora	direcionador
<i>What?</i>	O que?	O que deve ser feito?	O objetivo
<i>Who?</i>	Quem?	Que é o responsável?	O sujeito
<i>Where?</i>	Onde?	Onde deve ser feito?	O local
<i>When?</i>	Quando?	Quando deve ser feito?	O tempo
<i>Why?</i>	Por quê?	Por que é necessário fazer?	A razão/o motivo
<i>How?</i>	Como?	Como será feito?	O método
<i>How much?</i>	Quanto custa?	Quanto vai custar?	O valor

FIGURA 4 - Modelo conceitual dos 5W e 2Hs

Fonte: SELEME E STADLER (2010, p.42)

b) Descoberta das Características do Problema Através de Observação do Local

É a análise feita no local da ocorrência do problema pelas pessoas envolvidas na investigação. A análise deve ser feita no próprio local da ocorrência, para que se possa coletar informações suplementares que não podem ser obtidas na forma de dados numéricos.

c) Cronograma, Orçamento e Meta

O cronograma pode ser atualizado em cada processo. No cronograma é importante estimar um orçamento e definir uma meta a ser atingida.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES							
Funcionário	Semana						
	Domingo	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	Sábado
1	x						x
2		x					
3			x				
4				x			
5					x		
6						x	

FIGURA 5 - Exemplo de Cronograma

Fonte: Elaboração própria

2.2.3.3 Processo 3: Análise

a) Definição das Causas Influentes

No momento da definição das causas é importante formar grupos de trabalho para envolver todas as pessoas que possam contribuir na identificação das causas. As reuniões devem ser participativas, onde pode ser empregada a ferramenta *brainstorming* (tempestade de ideias). Em seguida deve ser construído um diagrama de causa e efeito o qual deve contemplar as causas gerais nas espinhas maiores e as secundárias, terciárias, etc., nas espinhas menores.

Para Seleme e Stadler (2010), o diagrama de causa e efeito de Ishikawa também conhecido como espinha de peixe, é uma representação gráfica que permite estabelecer após uma análise criteriosa, quais são as causas (problemas que dão início à ocorrência do problema maior) que fazem com que o efeito ocorra.

Diagrama de causa-efeito para identificação de causas – Partimos de um problema existente e tentamos, por meio da aplicação do diagrama, identificar as possíveis causas de seu aparecimento. Salientamos que o processo deve ser muito bem conhecido para ser efetivo. O analista deve saber ou ter em mãos, todos os dados do processo, para que possa realmente identificar a(s) causa(s) que deu (deram) origem ao efeito. (SELEME E STADLER 2010, p.91)

b) Escolha das Causas Mais Prováveis (Hipóteses)

Identifica-se no diagrama de causa e efeito as causas mais prováveis. Desta forma, as causas identificadas na etapa anterior devem ser reduzidas por eliminação das causas menos prováveis, com base nos dados levantados no processo de

observação. É importante considerar as sugestões baseadas na experiência do grupo e dos superiores hierárquicos.

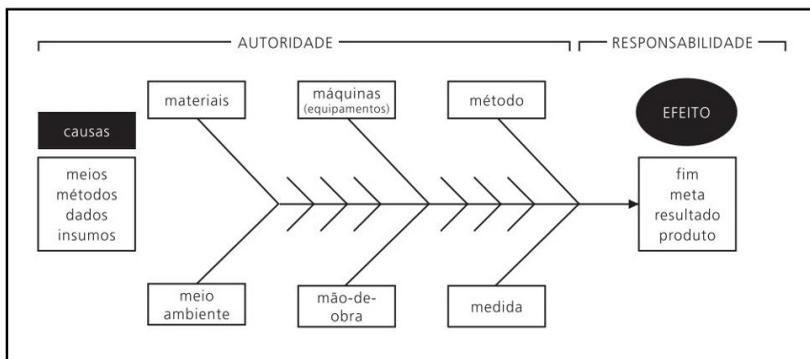


FIGURA 6 - Exemplo de diagrama de causa e efeito

Fonte: SELEME E STADLER (2010, p.91)

c) Análise das Causas Mais Prováveis (Verificação das Hipóteses)

Segundo Campos (1998), nesta etapa são coletados novos dados sobre as causas mais prováveis usando a lista de verificação (coleta de dados 5W 1H) para maior facilidade. Depois os dados coletados devem ser analisados e as causas testadas. Para análise, podem ser empregadas as seguintes ferramentas: gráfico de Pareto, diagramas de relação, histogramas, gráficos.

Depois de realizada a análise, deve-se verificar se houve confirmação da existência de relação entre o problema (efeito) e as causas mais prováveis (hipóteses). Por fim deve-se testar a consistência da causa fundamental, ou seja, verificar se existe evidência técnica de que é possível bloquear e se o bloqueio geraria efeitos indesejáveis. Se o bloqueio for tecnicamente impossível e se for provocar efeitos indesejáveis (alto custo, retrabalho, complexidades, etc.) pode ser que a causa identificada ainda não seja a causa fundamental, mas um efeito dela. Neste caso, a causa pode ser transformada em um novo

problema a ser tratado através do retorno ao início de processo de análise.

2.2.3.4 Processo 4: Plano de Ação

a) Elaboração da Estratégia de Ação

O grupo envolvido se reúne para discutir às tomadas de ações, certificando-se de que as ações serão tomadas sobre as causas fundamentais e não sobre seus efeitos. Diferentes soluções são propostas, analisadas quanto à eficácia e custos de cada uma, para se definir a escolha melhor. As ações propostas não devem produzir efeitos colaterais, se ocorrerem, novas ações deverão ser adotadas contra eles.

b) Elaboração do Plano de Ação para o Bloqueio e Revisão do Cronograma e Orçamento Final

O grupo envolvido deve discutir o plano de ação utilizando a ferramenta 5W 1H. Através desta ferramenta deve-se definir o que será feito (*What*), quando será feito (*When*), quem irá fazer (*Who*), onde será feito (*Where*), porque será feito (*Why*) e como será feito (*How*). É necessário então, definir a meta a ser atingida e os itens de controle e verificação dos diversos níveis envolvidos.

2.2.3.5 Processo 5: Execução

a) Treinamento

Nesta etapa, o plano de ação deve ser divulgado a toda equipe através de reuniões participativas e técnicas de

treinamento. É preciso verificar quais ações necessitam da ativa cooperação de todos. É importante também apresentar claramente as tarefas e a razão delas, certificando-se de que todos entendam e concordam com as medidas propostas.

b) Execução da Ação

Durante a execução, verifique fisicamente e no local em que as ações estão sendo efetuadas. Todas as ações e os resultados bons ou ruins devem ser registrados com a data em que foram tomados. Esta etapa utiliza o cronograma como ferramenta.

2.2.3.6 Processo 6: Verificação

a) Comparação dos Resultados

Deve-se utilizar os dados coletados antes e após a ação de bloqueio para verificar a efetividade da ação e o grau de redução dos resultados indesejados. A comparação deve ser feita com os mesmos formatos utilizados antes e depois da ação. É importante que os efeitos sejam convertidos e comparados em valores monetários. Nesta etapa são empregadas ferramentas como: Gráficos de Pareto, Cartas de controle, Histogramas, etc.

b) Listagem dos Efeitos Secundários

As ações de bloqueio podem provocar efeitos secundários positivos ou negativos. É importante registrar os efeitos gerados e se necessário, tomar novas ações.

c) Verificação da Continuidade ou Não do Problema

Caso o resultado da ação não seja satisfatório, é necessário certificar-se de que todas as ações planejadas foram implementadas conforme o plano. Se a ação de bloqueio foi executada conforme planejada e ainda assim apresenta efeitos indesejáveis, significa que a solução apresentada foi falha. Portanto, se o bloqueio não foi efetivo, deve-se retornar ao processo 2 (Observação).

2.2.3.7 Processo 7: Padronização

a) Elaboração ou Alteração do Padrão

A elaboração do novo procedimento operacional ou a revisão do antigo, é feita através da ferramenta 5W 1H. É importante esclarecer (“o que”, “quem”, “quando”, “onde”, “como” e “por que”) para atividades que devem ser incluídas ou alteradas nos padrões já existentes. Antes da padronização, é necessário verificar se as instruções, determinações e procedimentos implantados no processo 5 devem sofrer alguma alteração, tendo como base os resultados obtidos no processo 6. É importante utilizar a criatividade para garantir a eliminação permanente do problema e garantir que o padrão elaborado possa ser realizado por qualquer trabalhador.

b) Comunicação

A comunicação é feita através de comunicados, circulares, reuniões, etc. Deve-se estabelecer a data e início da nova sistemática para todos os setores envolvidos.

c) Educação e Treinamento

Esta etapa é realizada através de reuniões e palestras, manuais de treinamento e treinamento no trabalho. Estas ações garantem que os novos padrões ou as alterações sejam transmitidas a todos os envolvidos no processo. É preciso expor a razão da mudança, apresentar com clareza os aspectos importantes e certificar-se de que os funcionários estão aptos a executar o procedimento operacional padrão.

d) Acompanhamento da Utilização do Padrão

Deve-se evitar que um problema resolvido reapareça devido ao descumprimento dos padrões. Para isso, é necessário que seja estabelecido um sistema de verificações periódicas que deverão ser acompanhadas por um supervisor, para verificação do cumprimento dos procedimentos operacionais padrão.

2.2.3.8 Processo 8: Conclusão

a) Relação dos Problemas Remanescentes

Buscar a perfeição por um tempo muito longo pode não ser produtivo, é importante que as atividades sejam eliminadas quando o limite de tempo original for atingido.

Deve-se relacionar o quê e quando não foi realizado e também mostrar os resultados acima do esperado, isso pode ser feito através da utilização de gráficos ou análise dos resultados.

b) Planejamento do Ataque aos Problemas Remanescentes

Os itens pendentes são reavaliados e organizados para uma futura aplicação do método de solução de problemas (MASP).

c) Reflexão

São analisadas as etapas executadas do método de solução de problemas. Verificam-se os seguintes aspectos:

- **Cronograma** - Se houve atrasos significativos ou prazos folgados demais e quais os motivos;
- **Elaboração do Diagrama Causa-efeito** - Se sua elaboração foi superficial ou complexo demais;
- **Participação dos Membros** - Se a equipe foi participativa e habilidosa para solucionar o problema. Quanto mais completo o diagrama, mais habilidosa a equipe;
- **Reuniões** - Se as reuniões ocorreram sem conflitos e imposições de ideias e se foram produtivas;
- **Tarefas** - Se a distribuição de tarefas foi bem realizada e se o grupo ganhou conhecimento e utilizou todas as técnicas para solução de problemas.

Até aqui foram abordados autores que se aproximam do tema proposto e que por meio deste a próxima etapa de metodologia e análise de resultados podem ser delineadas.

3 METODOLOGIA

A metodologia adotada neste trabalho foi pesquisa de caráter exploratório, que no entendimento de Gil (2002) tem como objetivos proporcionar maior familiaridade com o problema estudado, aprimoramento de ideias e descobertas de intuições. Segundo o autor, na maioria dos casos, estas pesquisas envolvem: levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão.

No entendimento de Bervian, Cervo e Da Silva (2007, p.60), “qualquer espécie de pesquisa, em qualquer área, supõe e exige uma pesquisa bibliográfica prévia”. Os autores destacam que este tipo de pesquisa busca conhecer e analisar as contribuições culturais e científicas do passado sobre determinado assunto. A pesquisa bibliográfica é definida por Lakatos (2010) conforme segue:

trata-se de levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto. (LAKATOS, 2010. p.44)

O desenvolvimento deste trabalho dá-se por meio da modalidade de pesquisa denominada como estudo de caso. O estudo de caso por sua vez, é definido por Bervian, Cervo e Da Silva (2007, p.62) como “a pesquisa sobre determinado indivíduo, família, grupo ou comunidade que seja representativo de seu universo, para examinar aspectos variados de sua vida”.

Nesta direção, Gil (2002) salienta que o estudo de caso é uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada nas ciências sociais, que consiste em um estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos para o seu amplo e detalhado conhecimento.

Em se tratando de metodologia adotada nesta atividade, vale destacar que o problema, em questão, foi desdobrado por meio da Metodologia de Análise e Solução de Problemas – MASP, sedimentada pela abordagem da qualidade no contexto administrativo. Para análise, segundo esta metodologia, a coleta

de dados foi executada em sistema informatizado disponível na empresa. As ações de pesquisa foram elaboradas por meio de dois questionários aplicados aos seis colaboradores envolvidos no processo de emissão de contratos, conforme modelos de questionários apresentados nos Apêndices A e B.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Caracterização do Ambiente Estudado

A instituição onde o estudo de caso foi realizado trata-se de uma operadora de saúde localizada na cidade de Joinville – SC, que será identificada como Operadora de Planos de Saúde de Joinville.

A Operadora de Planos de Saúde de Joinville surgiu em 1998 através de um projeto apresentado por um empresário que atuava como gerente de uma grande indústria localizada na cidade. Com o apoio desta indústria, foi criada uma operadora de planos de saúde que inicialmente atendia apenas aos seus funcionários. Percebendo o sucesso deste projeto, a operadora se tornou independente, deixando de atender apenas à empresa de origem e expandindo seu mercado para outras empresas da região.

Atualmente, a Operadora de Planos de Saúde de Joinville é a operadora de planos que apresenta maior crescimento no Estado de Santa Catarina. Possui mais de 92 mil usuários distribuídos em mais de 4 mil empresas catarinenses.

A Operadora de Planos de Saúde de Joinville conta com 98 funcionários que atuam nos seguintes setores:

- Comercial
- Diretoria
- Auditoria
- Produtos/Custos
- Autorização
- Cadastro
- Pós Vendas
- Central Telefônica
- Compras
- Contabilidade
- Contas Médicas
- Glosas
- Credenciamento
- Faturamento

- Financeiro
- Jurídico
- OPME – Órteses, Próteses e Materiais Especiais
- Qualivida
- Reajuste
- Recepção
- Recursos Humanos
- SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente
- TI – Tecnologia da Informação
- Zeladoria

Além das áreas de atuação existentes na matriz que se localiza em Joinville, existem as agências comerciais que estão presentes nas seguintes cidades:

- Joinville
- Blumenau
- Florianópolis
- Itajaí
- Lages
- Tubarão
- Criciúma
- São Francisco do Sul
- Balneário Camboriú
- Jaraguá do Sul
- Caçador
- Chapecó
- Palhoça
- Rios do Sul
- São José

Estas agências têm como objetivo auxiliar na expansão da rede de credenciados e número de clientes. Atuam com abrangência regional, possibilitando melhor relacionamento e acessibilidade aos credenciados e clientes de cada região.

4.1.1 Setor de Credenciamento

O setor de credenciamento é responsável por formar e suprir a rede de profissionais e estabelecimentos prestadores de serviços que farão o atendimento aos usuários do plano.

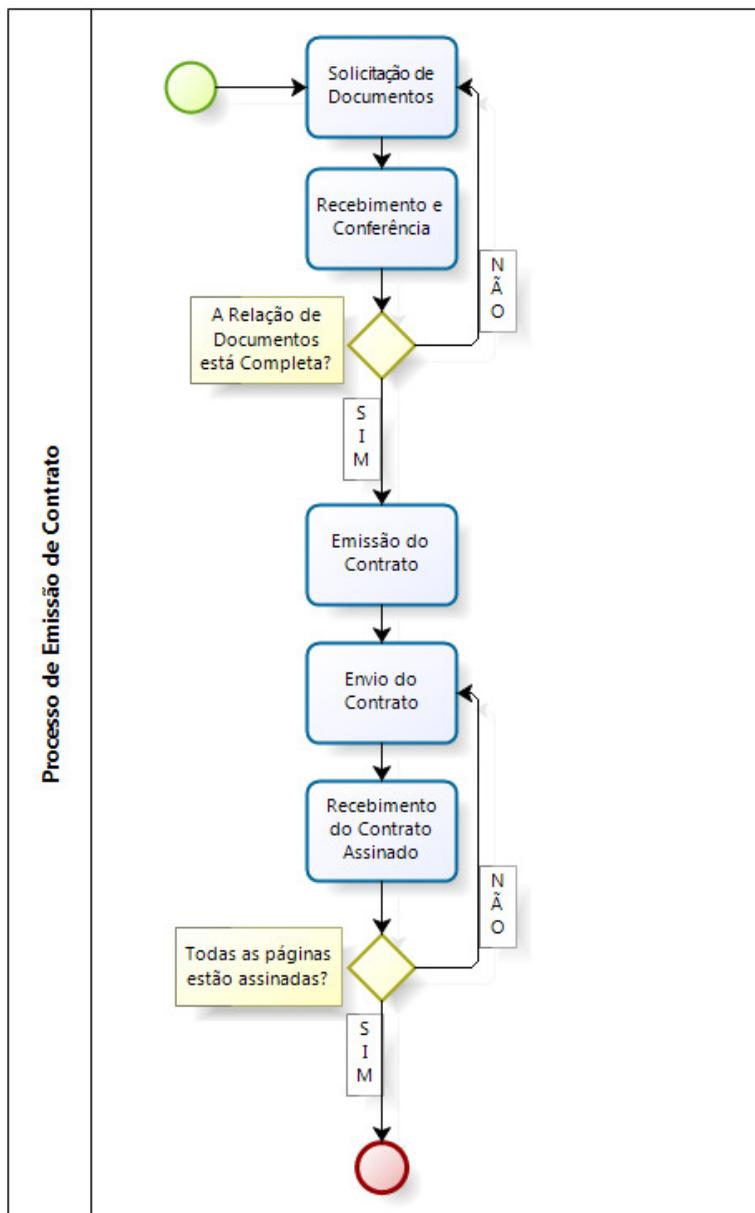
Atualmente o setor conta com 11 profissionais entre estes, auxiliares administrativos, assistentes administrativos, credenciadores e coordenação.

O principal objetivo deste setor é garantir atendimento especializado aos usuários do plano de saúde, através de métodos estatísticos que definem a quantidade ideal de credenciados por região. Através da coleta dos dados, o setor busca profissionais e/ou estabelecimentos prestadores de serviços, para formar a rede credenciada. Este processo de busca por novos credenciados inclui envio de proposta, negociação, emissão do contrato e orientação aos prestadores referente às regras da operadora.

Além de contratar novos profissionais, o setor de credenciamento também é responsável pela manutenção da rede de prestadores credenciados, que envolve os reajustes contratuais realizados anualmente, visitas, treinamentos e auxílio em relação a possíveis dúvidas dos prestadores.

4.1.2 Processo de Emissão de Contrato

Após o processo de negociação, onde são definidos os valores que serão pagos e os serviços que o prestador (contratado) executará, inicia-se o processo de emissão de contrato, onde serão formalizados os interesses entre as partes. Atualmente a emissão do contrato percorre as seguintes etapas:

**FIGURA 7 - Fluxograma do Processo de Emissão de Contrato**

Fonte: Elaboração própria

a) Solicitação de Documentos:

A solicitação de documentos é realizada através de uma lista que pode ser enviada via e-mail ou entregue diretamente ao profissional ou entidade prestadora de serviços.

Tendo como base a Resolução Normativa – RN Nº 71, de 17 de Março de 2004, conforme ANEXO C, a operadora estudada solicita os seguintes documentos:

Pessoa Jurídica:

- Cópia do Contrato Social;
- Cópia do Cartão do CNPJ;
- Cópia do Alvará Sanitário;
- Cópia do Alvará de Estabelecimento;
- Cópia do Alvará da ANVISA;
- Número CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde;
- Nome Representante Legal (Cópia do CPF, RG, Número do Conselho – CRM, Cópia do Diploma);
- Dados Bancários;
- Corpo Clínico Constando: CRM - Conselho Regional de Medicina, CPF, Especialidade, Diploma;

Pessoa Física:

- Cópia do CPF;
- Cópia do RG;
- Cópia do Diploma;
- Título de Especialista;
- Cópia do Conselho Regional de Medicina (CRM);
- Dados Bancários;
- Número CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde;
- Número PIS;
- Cópia do Alvará Sanitário;
- Cópia do Alvará de Estabelecimento;
- Cópia do Alvará da ANVISA.

b) Recebimento e Conferência:

Os documentos podem ser recebidos de forma direta (do prestador para a operadora), ou ainda via e-mail, correspondência ou fax. A conferência dos documentos recebidos é feita de acordo com as exigências da ANS. Caso a relação de documentos esteja incompleta, a Solicitação de Documentos (*etapa a*) deverá ser realizada novamente.

c) Emissão do Contrato:

O contrato segue modelo padrão definido pelo setor jurídico, porém devem-se preencher alguns campos de acordo com as características de cada prestador levando em conta os serviços prestados. Estes campos apresentam a especialidade que será atendida e valores que serão pagos.

Após preenchimento de todos os campos, a operadora de saúde deve obrigatoriamente imprimir duas vias do contrato, assinar e carimbar todas as páginas.

d) Envio do Contrato:

As duas vias do contrato devidamente assinadas e carimbadas, são enviadas ao prestador. O envio pode ser de forma direta (da operadora para o prestador) ou via correspondência. O prestador de serviços é orientado a assinar todas as páginas do documento e devolver uma das vias para a operadora.

e) Recebimento do Contrato Assinado:

O contrato pode ser recebido de forma direta (do prestador para a operadora), ou via correspondência. Assim que recebido, o credenciador deve conferir se todas as páginas foram assinadas pelo prestador, caso esteja faltando assinatura em alguma das páginas, o Envio do Contrato (*etapa d*) deverá ser realizado novamente.

4.2 Aplicação do MASP em uma Operadora de Saúde

O objetivo deste tópico é demonstrar a capacidade de análise e identificação dos problemas existentes no processo de emissão de contrato do ambiente estudado, através da aplicação do MASP.

4.2.1 Processo 1: Identificação do Problema

a) Escolha do Problema

Durante as atividades desenvolvidas pela equipe do setor de credenciamento, que exigem frequentes consultas aos contratos dos prestadores, constatou-se a existência de contratos incompletos. Para compreender as principais causas do problema identificado, optou-se por fazer uma análise dos contratos firmados com os prestadores que atualmente estão credenciados à operadora.

De acordo com Castanheira (2010), quando a população é grande torna-se difícil ou até mesmo impossível a observação de determinada característica em todos os seus elementos. Surge então a necessidade de selecionar uma parte finita desta população para que se possa realizar a observação e obter os dados desejados. Essa parte da população é denominada amostra.

Considerando que atualmente a operadora estudada possui grande quantidade de credenciados ativos, a análise foi realizada em uma amostra de 10% dos contratos, o que corresponde a 197 contratos analisados. Inicialmente foi gerado um relatório de todos os contratos ativos e estes foram divididos de acordo com a cidade de cada prestador. Após divisão, a escolha da amostra ocorreu de forma aleatória gerada automaticamente em uma planilha eletrônica, onde foram selecionados 10% dos contratos de cada cidade. Este estudo teve como referência as cláusulas obrigatórias mínimas que devem constar nos instrumentos jurídicos, definidas pela ANS. Através desses requisitos foram definidos os itens a serem analisados em cada contrato. Para realização do estudo de caso, as informações necessárias foram coletadas do banco de dados da empresa e importadas para uma planilha eletrônica, com o objetivo de facilitar a elaboração de gráficos e identificação dos problemas mais críticos.

b) Histórico do Problema

Através dos dados coletados na análise de contratos, é possível perceber a que o problema está presente em uma parte significativa da amostra, conforme apresentado no gráfico:

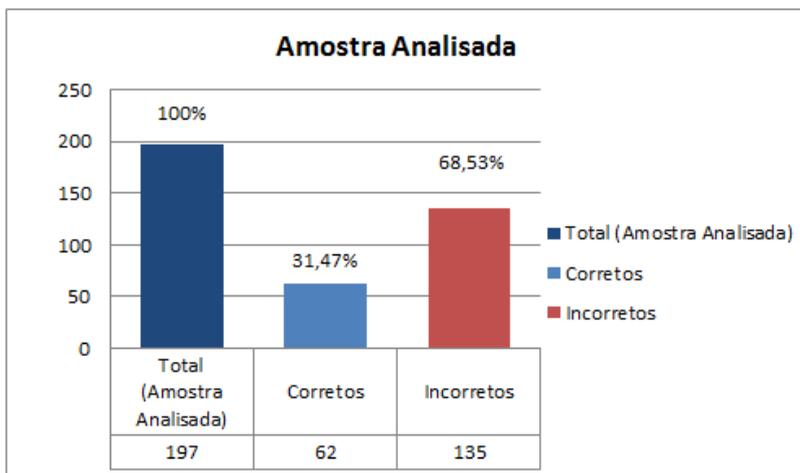


GRÁFICO 1 - Amostra Analisada

Fonte: Elaboração própria

No gráfico 1 observa-se que os contratos incompletos, no gráfico representados como “incorretos”, representam 68,53% da amostra, o que confirma que o problema tem ocorrido com frequência e justifica um estudo mais aprofundado para identificação das principais causas.

O quadro a seguir mostra quais itens foram analisados nos 197 contratos e as quantidades de divergências neles presentes.

QUADRO 1 - Divergências por Item Analisado

Item Analisado	Quantidade (Divergente)
Nome/Razão Social	0
CPF/CNPJ	1
CNES/CRM	18
Endereço	10
Informa Especialidade	27
Cláusula Definição do objeto	0
Cláusula de Reajuste	88
Cláus. Prazos e Procedimentos para Faturamento e Pagamento	0
Cláusula de Rescisão ou Renovação	0
Descritivo de Negociação (valores) Completo	47
Negociação de Valores Correspondente aos Serviços Prestados	13

Fonte: Elaboração própria

c) Perdas e Ganhos Viáveis

Conforme informações obtidas na análise, verificou-se que contratos que não cumprem os itens obrigatórios podem gerar perdas significativas para a empresa. Algumas das perdas relacionadas ao problema são apresentadas a seguir:

- ✓ **Retrabalho:** Contratos incorretos devem ser corrigidos e enviados aos prestadores de serviços para coleta das assinaturas. Esse retrabalho aumenta os gastos do setor, que utiliza mais materiais de expediente do que previsto e aumenta o número de envio das correspondências. Além de aumentar os gastos do centro de custo, a correção de contratos ocupa tempo de trabalho dos funcionários que poderia ser mais bem aproveitado para tomada de outras medidas no setor.
- ✓ **Pagamentos errados:** Contratos mal elaborados refletem em questões financeiras. Se a definição dos valores praticados estiver incompleta ou definição dos valores não corresponder aos serviços que o prestador realiza, pagamentos errados podem ser gerados.
- ✓ **Insatisfação de alguns contratados:** Inconformidades no contrato podem trazer transtornos ao contratado e conseqüentemente sua insatisfação com a operadora. Esta insatisfação pode posteriormente influenciar o prestador de serviços a rescindir o contrato com a operadora.
- ✓ **Prejudica a imagem da organização:** Arantes (2011, p.122) explica que:

Os comentários que consumidores ouvem de pessoas de seu grupo de referência também podem ser considerados peças de publicidade, pois são gratuitos, e tem um peso muito grande em sua tomada de decisão de compra de serviços. São chamados boca a boca e, quando positivos, ajudam enormemente nas vendas de

serviços. Comentários negativos são chamados de demarketing, sendo considerações que comprometem a imagem da marca e a venda dos serviços.

Com base nesta afirmação, é possível perceber que prestadores que se sentem insatisfeitos, podem fazer comentários negativos para outras pessoas, como profissionais da área da saúde ou pacientes, prejudicando a imagem da operadora de planos de saúde.

O quadro abaixo procura elucidar quais perdas estão relacionados com o descumprimento dos itens obrigatórios dos contratos.

QUADRO 2 - Perdas

PERDAS	Descumprimento dos Itens Obrigatórios						
	Cláusula de Reajuste	Descritivo de Negociação de Valores Completo	Especialidade	CNES/CRM	Negociação Correspondente aos Serviços Prestados	Endereço	CPF/CNPJ
Retrabalho	X	X	X	X	X	X	X
Pagamentos Errados		X			X		
Insatisfação de Alguns Contratados	X	X			X		
Prejudica a Imagem da Organização	X	X			X		

Fonte: Elaboração própria

Tendo em vista as perdas que podem ser geradas pelo descumprimento dos itens obrigatórios dos contratos, acredita-se que a solução dos problemas detectados refletirá em expressivos ganhos para a operadora. Presume-se que a eliminação das falhas possibilitará ganhos na eficiência do processo, redução de custos e garantia de um produto final que trará satisfação aos prestadores de serviços contratados pela operadora.

Para que os ganhos sejam notórios, é importante que as ações sejam aplicadas de forma correta, eliminando a causa raiz do problema.

d) Análise de Pareto

Após identificação da quantidade de itens incorretos, estes foram ordenados através da aplicação da análise de Pareto, permitindo apontar os itens que apresentam maior incidência nos contratos, conforme demonstrado no gráfico 2:

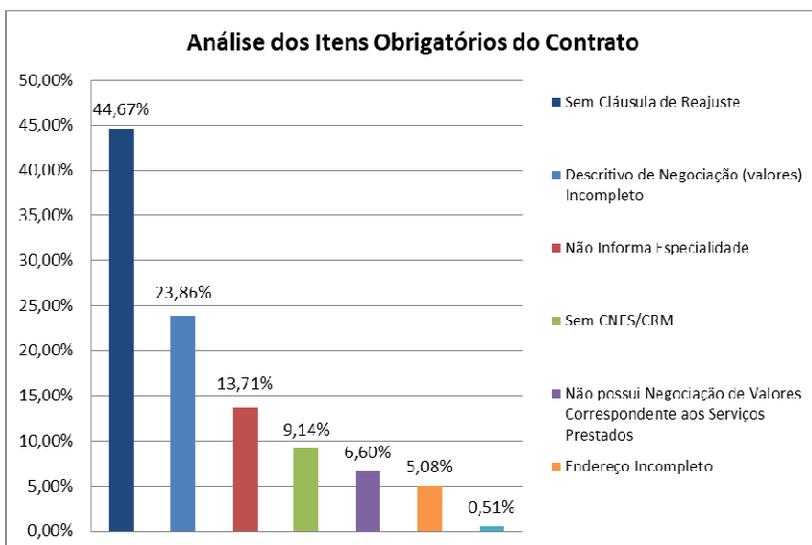


GRÁFICO 2 - Análise dos Itens Obrigatórios do Contrato

Fonte: Elaboração própria com base no modelo de “Pareto”

Através do resultado obtido na análise de Pareto, foi possível compreender quais erros ocorrem com maior frequência. Considerando que todos os itens analisados são indispensáveis na elaboração dos instrumentos jurídicos firmados entre operadoras de saúde e os prestadores de serviços, todos serão considerados no estudo detalhado. São os itens estudados: Sem Cláusula de Reajuste, Descritivo de

Negociação (valores) Incompleto, Não Informa Especialidade, Sem CNES/CRM, Não Possui Negociação de Valores Correspondente aos Serviços Prestados, Endereço Incompleto, Sem CPF/CNPJ.

e) Nomear Responsáveis

Para acompanhamento dos processos de aplicação do MASP, o grupo responsável foi composto pela coordenadora do setor de credenciamento, um assistente de padronizações e uma credenciadora, nomeada líder.

Como os reajustes de contratos são realizados anualmente no mês de aniversário do contrato, o prazo para resolução do problema ficou definido para um ano. Sendo assim será possível reajustar os valores do contrato do prestador e corrigir os erros em um único documento.

4.2.2 Processo 2: Observação

a) Descoberta das Características do Problema Através de Coleta de Dados

Para entender exatamente como o problema ocorre, os itens escolhidos foram detalhadamente estudados, visando medir todas as irregularidades possíveis. Levando em conta que todos os itens analisados são obrigatórios na elaboração de contratos e que possuem características semelhantes, suas observações serão apresentadas em um único quadro conforme segue:

QUADRO 3 - Observação do Problema Sob Vários Pontos de Vista

Observação do Problema Sob Vários Pontos de Vista	
Tempo	Como não há controle de horário e data de emissão dos contratos, não é possível mensurar a influência de ocorrência dos problemas com o tempo, porém deduz-se que os resultados não variam em períodos diferentes, pois não há troca de equipes durante a jornada de trabalho.
Local	Os resultados são diferentes em partes diferentes dos contratos. Alguns contratos apresentam apenas um item incorreto, enquanto outros apresentam mais de um erro. Em relação ao local físico, o mesmo não influencia na causa dos problemas estudados.
Tipo	Os resultados podem variar de acordo com matéria-prima utilizada. Documentos necessários para emissão de contratos são exemplos de matéria prima que, se não estiver completa pode influenciar na emissão de contratos incorretos.
Sintoma	Indiferente do defeito existente, ele leva ao resultado indesejado, sendo este, contratos incorretos.
Indivíduo	Os executantes são assistentes administrativos e credenciadores, que fazem parte do setor de credenciamento. Os executantes são identificados em cada contrato através da assinatura.

Fonte: Elaboração própria

b) Descoberta das Características do Problema Através de Observação do Local

De acordo com as observações realizadas no local onde o processo estudado se desenvolve, é possível perceber que ele não influencia no resultado final dos contratos. Defende-se o fato de que questões ergonômicas são essenciais para o bom desenvolvimento do trabalho, porém, o local observado não possui irregularidades neste aspecto.

4.2.3 Processo 3: Análise

a) Definição das Causas Influentes

Através da ferramenta brainstorming (tempestade de ideias) as pessoas envolvidas no processo contribuíram na identificação das causas do problema, onde puderam expor suas opiniões. As causas foram:

- Alta demanda de serviços;
- Desatenção dos executantes;
- Documentação incompleta;
- Estresse;
- Falta de capacitação;
- Falta de conferência pelo próprio executante;
- Falta de conferência por mais de uma pessoa;
- Inexistência de manual de cláusulas;
- Falta de senso crítico da equipe em relação ao processo;
- Limitado conhecimento sobre o processo;
- Limitado conhecimento sobre a importância do processo;
- Poluição sonora;
- Pouco suporte e acompanhamento do setor jurídico;
- Processo inadequado;
- Rotatividade de funcionários.

b) Escolha das Causas Mais Prováveis (Hipóteses)

Com base nas sugestões colhidas no brainstorming, foi montado um diagrama de causa e efeito. As causas mais prováveis foram classificadas nos três tipos diferentes de causas principais que afetam os processos (método, mão-de-obra e matéria-prima).

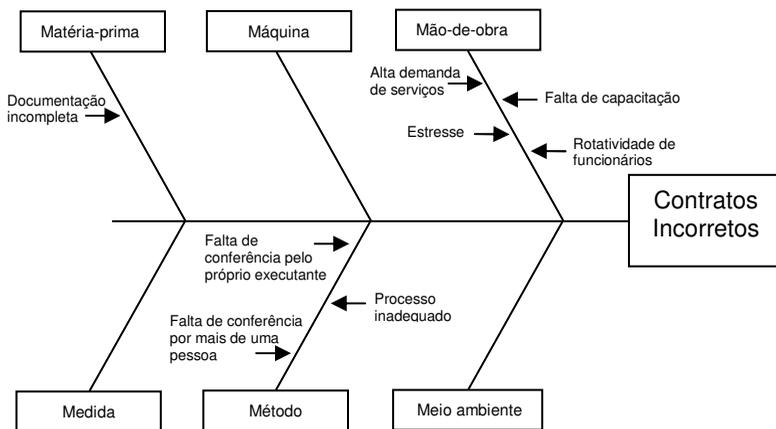


FIGURA 8 - Diagrama de Causa e Efeito (Contratos Incorretos)

Fonte: Elaboração própria com base no “diagrama de causa e efeito”

c) Análise das Causas Mais Prováveis (Verificação das Hipóteses)

Para verificar se as hipóteses foram escolhidas corretamente, estas foram analisadas de forma detalhada confirmando assim suas relações com o problema.

✓ Documentação incompleta:

Para se credenciar à operadora de saúde, é necessário que os prestadores apresentem as documentações obrigatórias. Os documentos solicitados pela operadora são indispensáveis na emissão dos contratos, pois garantem correta informação dos critérios exigidos pela ANS.

De acordo com a análise de itens obrigatórios do contrato, nota-se em alguns casos a ausência de informação referente à documentação obrigatória. Compreende-se então que a falta desses documentos pode resultar em contratos incompletos.

✓ **Alta demanda de serviços:**

Devido ao rápido crescimento da operadora estudada, as atividades do setor se tornaram excessivas para a quantidade de funcionários que as executam. Além do processo de emissão de contratos, existem outras atividades que precisam ser feitas pelos credenciadores do setor. As principais atividades estão descritas a seguir:

- Emissão de contratos;
- Emissão de aditivos (inclusão e exclusão de serviços);
- Envio de propostas;
- Cadastramento de prestadores no ERP;
- Correção e atualização de cadastros de prestadores no ERP;
- Reajustes contratuais;
- Suporte aos prestadores via e-mail;
- Suporte aos prestadores via telefone.

Para compreender a demanda de serviços, as principais atividades realizadas no setor de credenciamento foram levantadas através de históricos. As atividades que não possuem históricos foram registradas durante uma semana em um modelo de formulário entregue aos credenciadores. Em seguida foi calculada a média de atividades que cada credenciador realiza. O resultado é apresentado no quadro a seguir:

QUADRO 4 - Média de Atividades por Funcionário

Atividade	Quantidade / semana
Emissão de contratos	6
Emissão de aditivos (inclusão e exclusão de serviços)	5
Envio de propostas	7
Cadastramento de prestadores no ERP	7
Correção e atualização de cadastros de prestadores no ERP	206
Reajustes contratuais	9
Suporte aos prestadores via e-mail	50
Suporte aos prestadores via telefone	52

Fonte: Elaboração própria

✓ **Estresse:**

Para confirmação desta hipótese, foi aplicado um questionário (APÊNDICE A) aos seis funcionários que executam atividades relacionadas à emissão de contratos. Disponível no Jornal Globo Comunicações e Participações (2012), o questionário criado pela psicóloga Marilda Lipp ajuda a identificar o nível de estresse e seus sintomas. Sua aplicação neste trabalho teve como objetivo avaliar o nível de estresse dos funcionários e identificar quais motivos o causam.

Os resultados da aplicação do questionário são apresentados no gráfico 3:

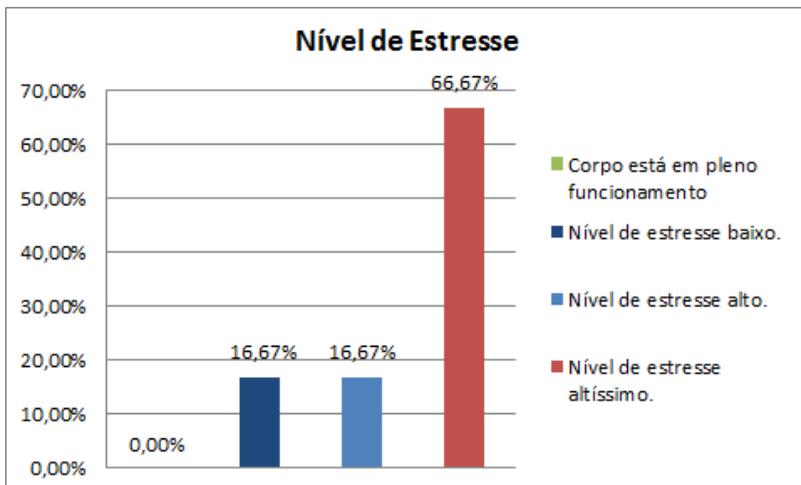


GRÁFICO 3 - Nível de Estresse

Fonte: Elaboração própria com base no modelo de “Pareto”

Através da pesquisa foi possível compreender que o nível de estresse das pessoas envolvidas no processo de emissão de contratos é considerado alto, comprometendo desta forma o desempenho e qualidade das atividades. No questionário os envolvidos puderam expor suas opiniões sobre as principais causas de estresse no trabalho. As causas mais citadas foram:

- Telefone: excesso de ligações;
- Demanda excessiva de serviços.

✓ **Falta de capacitação:**

A capacitação de funcionários, também referida como “treinamento” é uma estratégia muito eficiente para o bom desenvolvimento dos processos e alcance dos objetivos, porém deve ser bem elaborada de acordo com as necessidades da empresa.

Durante observação realizada no ambiente estudado, constatou-se a inexistência de treinamento para emissão de contratos. Portanto, é notável a necessidade de capacitação adequada para as pessoas envolvidas no processo.

✓ **Rotatividade de funcionários:**

A rotatividade de funcionários pode ser um grande problema, pois implica na qualidade do trabalho e também nos custos da empresa. O desligamento de funcionários compromete as atividades realizadas no setor, pois sobrecarrega os demais membros da equipe e atrasa as tarefas devido ao tempo de adaptação dos novos empregados. A rotatividade de funcionários apresenta consequências negativas para o setor tais como: falta de conhecimento técnico, queda da produtividade e qualidade, desmotivação da equipe.

De acordo com o histórico de entrada e saída de colaboradores no setor de credenciamento, é possível notar o alto índice de rotatividade em um período curto. O número de admissões e demissões registradas no período de um ano é apresentado no quadro 5 e no gráfico 4:

QUADRO 5 - Rotatividade de Funcionários

Rotatividade de Funcionários			
Mês	Ano	Admissão	Demissão
Outubro	2012	0	0
Novembro	2012	0	1
Dezembro	2012	0	0
Janeiro	2013	0	0
Fevereiro	2013	0	0
Março	2013	0	0
Abril	2013	2	0
Maiο	2013	1	1
Junho	2013	2	2
Julho	2013	1	1
Agosto	2013	1	0
Setembro	2013	0	0
Total		7	5

Fonte: Elaboração própria

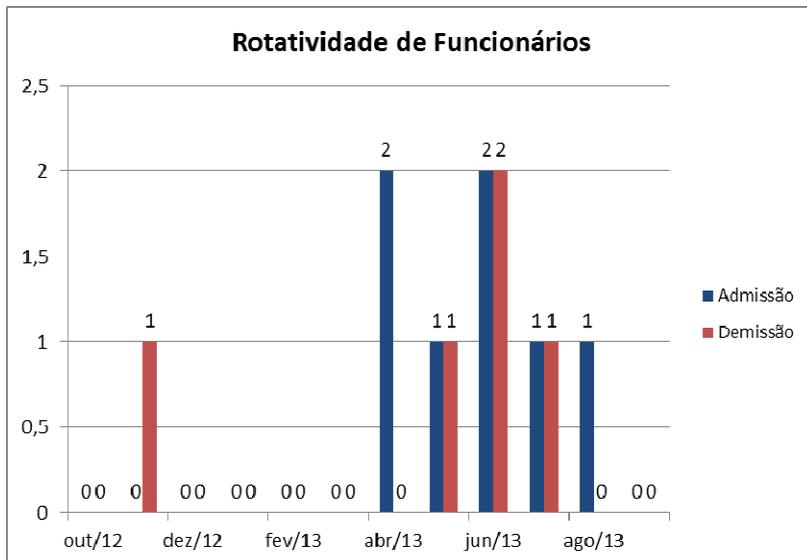


GRÁFICO 4 - Rotatividade de Funcionários

Fonte: Elaboração própria com base no modelo de “Pareto”

✓ **Falta de conferência:**

Durante a reunião feita com as pessoas envolvidas no processo, alguns colaboradores afirmaram não conferir cada item do contrato devido à falta de tempo para análise criteriosa do mesmo.

Outra informação coletada na reunião foi que, alguns funcionários não conhecem os itens obrigatórios que devem constar nos instrumentos jurídicos firmados entre os prestadores de serviços e a operadora, impossibilitando assim a adequada conferência dos contratos.

✓ **Processo inadequado:**

Para atingir metas e objetivos, é importante que as empresas criem processos padronizados, garantindo assim qualidade nos seus produtos e serviços.

Através da observação e mapeamento do processo de emissão de contratos, foram identificadas falhas que fazem com que o resultado final seja variado. Foi constatado que o setor não segue regular controle do processo e de seus resultados.

4.2.4 Processo 4: Plano de Ação

Diante da confirmação das causas fundamentais do problema, as ações a serem tomadas foram definidas conforme descrito no quadro 6:

QUADRO 6 - Plano de Ação

Plano de Ação						
Causas do Problema	O que?	Quem?	Quando?	Onde?	Por que?	Como?
Alta demanda de serviços	Criar planilha de atividades	Coordenação	Em duas semanas	No setor de Credenciamento	Para balanceamento das atividades.	A planilha será feita com o levantamento das atividades realizadas no setor, que serão distribuídas para cada funcionário sendo considerada a complexidade de cada atividade e tempo de desenvolvimento.
	Contratação de mais funcionários	Coordenação	Em quatro meses	No setor de Credenciamento	Para suprir a demanda de serviços do setor.	Para contratação de mais funcionários, a coordenação deverá considerar os resultados obtidos na planilha de atividades, que demonstrará as necessidades do setor e auxiliará na definição de perfil dos funcionários que deverão ser contratados.
Estresse	Treinamento para direcionamento correto das ligações (aplicado a todos os setores)	Recursos Humanos	Em dois meses	Na sala de eventos	Para melhorar a qualidade dos serviços de atendimento telefônico e não sobrecarregar os setores com ligações transferidas incorretamente.	Deverá ser aplicado treinamento aos funcionários para correto direcionamento das ligações recebidas.
	Programas de Saúde e Qualidade de Vida Laboral	Recursos Humanos	Em seis meses	Na sala de eventos e no ambiente de trabalho	Para diminuição do estresse, melhoraria na qualidade de vida dos funcionários, motivação e prevenção de doenças relacionadas ao trabalho. Espera-se também que esta ação aumente a disposição dos funcionários e consequentemente a produtividade.	A implantação do programa incluirá ações como: ginástica laboral; palestras; acompanhamento nutricional; política interna para prevenção de riscos à saúde e à segurança dos funcionários, entre outras.
Falta de capacitação contínua	Fazer Treinamento sobre emissão de contratos e suas regras	Coordenação	A cada 3 meses e sempre que houver novo funcionário	Na sala de eventos	Para manter os colaboradores atualizados sobre o processo.	O treinamento será aplicado através de apresentação de slides e posterior aplicação de questionário sobre os itens abordados. Os treinamentos deverão ser atualizados sempre que necessário, considerando as normas estabelecidas pela ANS para emissão de contratos.

Rotatividade de funcionários	Plano de Carreira	Recursos Humanos	Em seis meses	No setor de Recursos Humanos	Para oferecer oportunidades de crescimento e reter talentos.	O Setor de Recursos Humanos irá desenvolver métodos para a aplicação do Plano de Carreira, oferecendo aos funcionários oportunidade de crescimento, salário condizente com a função, auxílio para cursos, entre outros.
Falta de conferência	Criar Conferência Padrão	Credenciador líder	Em dois meses	No setor de Credenciamento	Para que os contratos sejam conferidos de forma padronizada e por mais de uma pessoa.	Primeiramente os contratos serão revisados e padronizados pelo setor jurídico e todos os outros modelos de contrato existentes deverão sair de circulação. Depois será criada uma forma de conferência padrão para verificação dos itens do contrato que podem variar de acordo com as especificidades de cada prestador de serviços. A padronização de conferência deverá ser repassada a todas as pessoas envolvidas no processo.
Documentação incompleta	Criar check list para conferência de documentos obrigatórios	Credenciador líder	Em uma semana	No setor de Credenciamento	Para eliminar a possibilidade de erros gerados pela ausência de documentos obrigatórios.	Serão criados dois tipos de check list para conferência de documentos obrigatórios, um para contrato de pessoa física e outro para contrato de pessoa jurídica. O check list deverá ser utilizado por todos os funcionários envolvidos no processo.
Processo inadequado	Reformular processo padrão de emissão de contratos	Grupo responsável pela aplicação do MASP	Em seis meses	No setor de Credenciamento	Para corrigir falhas detectadas no atual processo.	O atual processo será analisado e reformulado de acordo com as necessidades. Serão considerados os resultados indesejados detectadas na análise de contratos.

Fonte: Elaboração própria com base no modelo 5W 1H

5 CONCLUSÕES

Os clientes estão mais exigentes e cientes de seus direitos, satisfazê-los tem se tornado fundamental para que as organizações possam se manter no mercado. No entanto, é importante compreender que a satisfação dos clientes está ligada a qualidade dos produtos e serviços prestados e que, a qualidade de um produto ou serviço depende do gerenciamento adequado dos processos.

Este trabalho apresentou como proposta de pesquisa, um estudo com o objetivo de analisar o processo de emissão de contratos de uma operadora de planos de saúde. Inicialmente buscou-se compreender cada conceito ligado aos instrumentos jurídicos firmados entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde. A partir deste estudo foi possível compreender os critérios importantes que devem ser considerados na elaboração de tais documentos. Em seguida foi elaborado um mapeamento do processo de emissão de contratos, onde foi possível compreender suas etapas.

Para análise do processo foram aplicados os seguintes passos do método de análise e solução de problemas (MASP): Identificação do Problema, Observação, Análise e Plano de Ação. Esta metodologia demonstrou ser eficaz para identificação das causas do problema e planejamento das ações.

Conclui-se que o objetivo deste trabalho foi alcançado, considerando que foi possível mapear o atual processo de emissão de contratos, identificar principais causas de problemas e propor melhorias. As principais causas identificadas foram: alta demanda de serviços, estresse, falta de capacitação contínua, rotatividade de funcionários, falta de conferência, documentação incompleta e processo inadequado. Certamente o MASP é útil na identificação e organização dos problemas, esclarecendo como agir para sua eliminação.

Sugere-se ainda a aplicação das etapas seguintes do Plano de Ação, as quais consistem em: Execução, Verificação, Padronização e Conclusão. Desta forma será possível verificar se o plano de ação é eficaz para eliminação do problema, ou se deverá ser feita uma nova análise das características do problema para proposta de novas ações.

A partir do trabalho realizado, foi possível motivar e estimular a criatividade da equipe envolvida no processo que pôde expor suas opiniões e sugerir novas ideias, além de desenvolver a liderança para desenvolvimento das atividades relacionadas ao estudo. O interesse dos colaboradores da empresa em participar da implementação das ações é o muito importante, pois é através do comprometimento de cada um deles que será possível dar continuidade à aplicação do método.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Guia Prático da Contratualização**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/2070-ans-lanca-o-guia-pratico-da-contratualizacao>. Acesso em 25 out. 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados Gerais**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em 28 out. 2013.

ARANTES, E. C. **Marketing de Serviços**. Curitiba: Ibpex, 2011.

BERVIAN, P. A.; CERVO, A. L.; DA SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CAMPOS, V. F. **TQC: Controle da Qualidade Total** (No Estilo Japonês). 2 ed. Rio de Janeiro: Bloch Editores, 1992.

CAMPOS, V. F. **Gerenciamento da Rotina do Trabalho do Dia-A-Dia**. 7 ed. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 1998.

CASTANHEIRA, N. P. **Estatística Aplicada a Todos os Níveis**. 5 ed. Curitiba: Ibpex, 2010.

D'INNOCENZO, M. et al. **Indicadores, Auditorias, Certificações - Ferramentas de Qualidade para Gestão em Saúde**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. Disponível em: <http://fbh.com.br/home-institucional/o-que-e-saude-suplementar/>. Acesso em 20 abr. 2013.

GARCIA, M. A. **Modelo de Ação Sobre as Dimensões do Clima Organizacional Impactantes à Implantação da Gestão do Conhecimento nas Organizações**. 2007. 192 folhas. Dissertação (Mestrado em Engenharia e Gestão do Conhecimento) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

GLOBO COMUNICAÇÕES E PARTICIPAÇÕES. Questionário ajuda a identificar nível e sintomas de estresse. Disponível em: <http://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2012/08/questionario-ajuda-identificar-nivel-e-sintomas-de-estresse.html>. Acesso em 09 out. 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. - 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GREGORI, M. S. **Planos de Saúde: A ótica da Proteção do Consumidor**. 2 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 7ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEÃO, E; MOTTA, A. L. C.; ZAGATTO, J. R. **Auditoria Médica no Sistema Privado: abordagem prática para organizações de saúde**. 1 ed. São Paulo: Iátria, 2009.

LIMA, E. A. **Faturmédica**: cursos e apostilas. São Paulo: Copyright, 2010.

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

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: Desenvolvimento Gerencial, 1999.

RECEITA FEDERAL. Disponível em:
<http://www.receita.fazenda.gov.br/pessoajuridica/dmed/perguntas/respostas.htm>. Acesso em 25 abr. 2013.

SELEME, R; STADLER, H. **Controle da Qualidade**: as ferramentas essenciais. 2 ed. Curitiba: Ibpex, 2010.

SILVEIRA, K. R. M. **Tudo o que você precisa saber sobre planos de saúde**. São Paulo: Saraiva, 2009.

TAJRA, S. F. **Gestão estratégica na saúde**: reflexões e práticas para uma administração voltada para excelência. 3 ed. São Paulo: Látria, 2009.

VENTURA, L. H. **Gestão de Contratos**: internos, internacionais e eletrônicos. Bauru, SP: Edipro, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário para Avaliação do Nível de Estresse

Questionário para Avaliação do Nível de Estresse		
Assinale sim ou não se você tem tido os sinais de estresse:		
Na última semana você sentiu:	SIM	NÃO
1. Tensão muscular, como por exemplo aperto de mandíbula, dor na nuca, por exemplo;		
2. Hiperacidez estomacal (azia) sem causa aparente;		
3. Esquecimento de coisas corriqueiras, como esquecer o número de um telefone que usa com frequência, onde colocou a chave, por exemplo;		
4. Irritabilidade excessiva;		
5. Vontade de sumir de tudo;		
6. Sensação de incompetência, de que não vai conseguir lidar com o que está ocorrendo;		
7. Pensar em um só assunto ou repetir o mesmo assunto;		
8. Ansiedade;		
9. Distúrbio do sono, ou dormir demais ou de menos;		
10. Cansaço ao levantar;		
11. Trabalhar com um nível de competência abaixo do seu normal;		

Fonte: Centro Psicológico de Controle do Stress de Campinas

<http://g1.globo.com/sp/campinas-reg/lao/noticia/2012/08/questionario-ajuda-identificar-nivel-e-sintomas-de-estresse.html>

De acordo com sua opinião, cite abaixo as três principais causas de estresse no trabalho:

1
2
3

Questionários aplicado em 14/10/2013 - Setor de Credenciamento.

APÊNDICE B – Coleta de Dados

Coleta de Dados - 14/10/2013 a 18/10/2013.
Setor de Credenciamento

Atividades	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Emissão de Contratos					
Emissão de Aditivos (Inclusão, exclusão...)					
Envio de propostas					
Suporte aos prestadores via e-mail					

Ligações	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Suporte aos prestadores via telefone - Efetuadas e recebidas					

ANEXOS

ANEXO A – Resolução Normativa - RN N° 42, de 4 de Julho de 2003

Estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos Jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços hospitalares.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do art. 4º da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, considerando as diretrizes encaminhadas pela Câmara Técnica de Contratualização e contribuições da Consulta Pública n° 9, de 14 de março de 2003, em reunião realizada em 21 de maio de 2003, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu Diretor-Presidente determino a sua publicação:

Art.1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde e as seguradoras especializadas em saúde deverão ajustar as condições de prestação de serviços pelas entidades hospitalares, vinculadas aos planos privados de assistência à saúde que operam, mediante instrumentos formais nos termos e condições estabelecidos por esta Resolução Normativa.

Art. 2º Os instrumentos jurídicos de que trata esta Resolução Normativa devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, aplicando-se-lhes os princípios da teoria geral dos contratos.

Parágrafo único - São cláusulas obrigatórias em todo instrumento jurídico as que estabeleçam:

I – qualificação específica:

a) registro da operadora na ANS; e

b) registro da entidade hospitalar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela Portaria SAS n° 376, de 3 de outubro de 2000, e pela Portaria SAS n° 511, de 2000;

II – objeto e natureza do ajuste, bem como descrição de todos os serviços contratados ou seja:

a) definição detalhada do objeto;

b) perfil assistencial e especialidade contratada, serviços contratados, inclusive o Apoio ao Diagnóstico e Terapia;

c) procedimento para o qual a entidade hospitalar é indicada, quando a prestação do serviço não for integral;

d) regime de atendimento oferecido pela entidade: hospitalar, ambulatorial, médico-hospitalar e urgência 24h.; e

~~e) padrão de acomodação.~~

e) padrão de acomodação e as seguintes cláusulas correlatas: ([Redação dada pela RN nº 286, de 10/02/2012](#))

1. previsão de que inexistindo vaga na acomodação contratada pelo consumidor, o ônus adicional da internação do mesmo em acomodação superior, conforme determina o artigo 33 da Lei 9.656 de 1998, será da operadora de planos privados de assistência à saúde; ([Acrescentado pela RN nº 286, de 10/02/2012](#))

2. previsão acerca da obrigação do prestador de serviço em comunicar imediatamente à operadora de planos privados de assistência à saúde, quando configurada a hipótese do item anterior; e([Acrescentado pela RN nº 286, de 10/02/2012](#))

3. previsão de que, em havendo disponibilidade de vaga na acomodação contratada em outro prestador de serviço, integrante da rede prestadora do produto contratado, poderá a operadora de planos privados de assistência à saúde remover o consumidor, arcando com o ônus desta, considerando suas condições clínicas e desde que autorizado pelo médico assistente. ([Acrescentado pela RN nº 286, de 10/02/2012](#))

III – prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços contratados com:

- a) definição de prazos e procedimentos para faturamento e pagamento do serviço prestado;
- b) definição dos valores dos serviços contratados e insumos utilizados;
- c) rotina para auditoria técnica e administrativa, quando houver;
- d) rotina para habilitação do beneficiário junto à entidade hospitalar; e
- e) atos ou eventos médico-odontológicos, clínicos ou cirúrgicos que necessitam de autorização administrativa da operadora.

IV - vigência dos instrumentos jurídicos:

- a) prazo de início e de duração do acordado; e
- b) regras para prorrogação ou renovação.

V – critérios e procedimentos para rescisão ou não renovação, com vistas ao atendimento do disposto no art. 17 da Lei n° 9.656, de 1998, em especial:

- a) o prazo mínimo para a notificação da data pretendida para a rescisão do instrumento jurídico ou do encerramento da prestação de serviço; e
- b) a identificação por parte da entidade hospitalar dos pacientes em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitam de atenção especial.

VI – informação da produção assistencial, com a obrigação da entidade hospitalar disponibilizar às operadoras contratantes os dados assistenciais dos atendimentos prestados aos

beneficiários, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, quando requisitados pela ANS, em atendimento ao disposto no inciso XXXI do art. 4º da Lei nº 9.961, de 2000; e

VII – direitos e obrigações , relativos às condições gerais da Lei 9.656, de 1998, e às estabelecidas pelo CONSU e pela ANS, contemplando:

- a) a fixação de rotinas para pleno atendimento ao disposto no art. 18 da lei acima citada;
- b) a prioridade no atendimento para os casos de urgência ou emergência, assim como às pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos de idade;
- c) os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade;
- d) a autorização para divulgação do nome da entidade hospitalar contratada;
- e) penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas; e
- f) não discriminação dos pacientes e da vedação de exclusividade na relação contratual.

~~Art. 3º As operadoras juntamente com as entidades hospitalares deverão proceder a revisão de seus instrumentos jurídicos atualmente em vigor, a fim de adaptá-los ao disposto nesta Resolução Normativa, no prazo de cento e oitenta dias, contados da sua vigência.~~

~~Parágrafo único Excepcionalmente, quando por motivos alheios à vontade das partes, o item previsto na alínea "b" do inciso I do art. 2º não estiver disponível no prazo originalmente estabelecido, a informação deverá ser incorporada em aditivo contratual específico a ser firmado no prazo máximo de trinta~~

~~dias, contados da data da sua divulgação no sítio www.datasus.gov.br. (Incluído pela RN nº 49, de 04/07/2003)~~

Art. 3º As operadoras, juntamente com as entidades hospitalares, deverão proceder à revisão de seus instrumentos jurídicos atualmente em vigor, a fim de adaptá-los ao disposto nesta Resolução Normativa, até 30 de abril de 2004. ([Redação dada pela RN nº 60, de 2003](#))

§ 1º Para as relações ainda sem instrumento jurídico formal, o prazo para implementação do disposto nesta Resolução Normativa é até 31 de janeiro de 2004. ([Incluído pela RN nº 60, de 2003](#))

§ 2º Excepcionalmente, quando por motivos de força maior, o registro previsto na alínea "b", do inciso I, do parágrafo único, do art. 2º, não estiver disponível no prazo disposto no caput deste artigo, a informação deverá ser incorporada em aditivo contratual específico a ser firmado no prazo máximo de trinta dias, contados da data da sua disponibilidade divulgada no sítio www.datasus.gov.br. ([Incluído pela RN nº 60, de 2003](#))

Art. 4º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

ANEXO B – Resolução Normativa - RN Nº 54, de 28 de Novembro de 2003

Estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto no art. 3º e no inciso II, do art. 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, no uso da competência que lhe é conferida pelo inciso II, do art. 10, da Lei nº 9.961, de 2000, considerando as diretrizes encaminhadas pela Câmara Técnica de Contratualização e contribuições da Consulta Pública nº 12/2003, de 25 de setembro de 2003 em reunião realizada em 5 novembro de 2003, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu Diretor-Presidente determino a sua publicação:

Art.1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde e as seguradoras especializadas em saúde deverão ajustar as condições de prestação de serviços pelas entidades prestadoras de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais, vinculadas aos planos privados de assistência à saúde que operam, mediante instrumentos formais jurídicos a serem firmados nos termos e condições estabelecidos por esta Resolução Normativa.

Art. 2º Os instrumentos jurídicos de que trata esta Resolução Normativa devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, aplicando-se-lhes os princípios da teoria geral dos contratos.

Parágrafo único. São cláusulas obrigatórias em todo instrumento jurídico as que estabeleçam:

I - qualificação específica:

a) registro da operadora na ANS; e

b) registro da pessoa jurídica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela Portaria SAS n° 376, de 3 de outubro de 2000, e pela Portaria SAS n° 511, 29 de dezembro de 2000;

II - objeto e natureza do ajuste, bem como descrição de todos os serviços contratados:

a) definição detalhada do objeto;

b) especialidade(s) ou serviço(s) contratados;

c) procedimento para o qual o prestador é indicado, quando a prestação do serviço não for integral; e

d) regime de atendimento oferecido pelo prestador - hospitalar, ambulatorial, médico-hospitalar e urgência 24h;

III - prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços contratados com:

a) definição de prazos e procedimentos para faturamento e pagamento do serviço prestado;

b) definição dos valores dos serviços contratados;

c) rotina para auditoria técnica e administrativa, quando houver;

d) rotina para habilitação do beneficiário junto ao prestador de serviço; e

e) atos ou eventos médico-odontológicos, clínicos ou cirúrgicos que necessitam de autorização administrativa da operadora;

IV - vigência dos instrumentos jurídicos:

a) prazo de início e de duração do acordado; e

b) regras para prorrogação ou renovação;

V - critérios e procedimentos para rescisão ou não renovação, com vistas à comunicação aos beneficiários e necessidade de continuar o atendimento em outro prestador:

a) o prazo mínimo para a notificação da data pretendida para a rescisão do instrumento jurídico ou do encerramento da prestação de serviço; e

b) a identificação pelo prestador dos pacientes em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitam de atenção especial;

VI - informação da produção assistencial, com a obrigação do prestador de serviço disponibilizar às operadoras contratantes os dados assistenciais dos atendimentos prestados aos beneficiários, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, quando requisitados pela ANS, em atendimento ao disposto no inciso XXXI, do art. 4º, da Lei nº 9.961, de 2000; e

VII - direitos e obrigações, relativos às condições gerais da Lei nº 9.656, de 1998, e às estabelecidas pelo CONSU e pela ANS, contemplando:

a) a fixação de rotinas para pleno atendimento ao disposto no art. 18, da Lei nº 9.656, de 1998;

b) a prioridade no atendimento para os casos de urgência ou emergência, assim como às pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos de idade;

c) os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade;

- d) a autorização para divulgação do nome do prestador de serviço contratado;
- e) penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas; e
- f) não discriminação dos pacientes, bem como a vedação de exclusividade na relação contratual.

Art. 3º As operadoras, juntamente com prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais, deverão proceder a revisão de seus instrumentos jurídicos atualmente em vigor, a fim de adaptá-los ao disposto nesta Resolução Normativa, no prazo de cento e oitenta dias, contados da sua vigência.

Parágrafo único Excepcionalmente, quando por motivos de força maior, o registro previsto na alínea "b", do inciso I, do parágrafo único, do art. 2º, não estiver disponível no prazo disposto no caput deste artigo, a informação deverá ser incorporada em aditivo contratual específico a ser firmado no prazo máximo de trinta dias, contados da data da sua disponibilidade divulgada no sítio www.datasus.gov.br.

Art. 4º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

ANEXO C – Resolução Normativa – RN Nº 71, de 17 de Março de 2004

Estabelece os requisitos dos instrumentos jurídicos a serem firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde ou seguradoras especializadas em saúde e profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, tendo em vista o disposto no art. 3º e nos incisos II e IV do art. 4º da Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, e no art. 1º, § 2º, da Lei nº 10.185 de 12 de fevereiro de 2001, no uso da competência que lhe é conferida pelo inciso II do art. 10 da Lei nº 9.961 de 2000, considerando as diretrizes encaminhadas pela Câmara Técnica de Contratualização e contribuições da Consulta Pública nº 16/2003, de 16 de dezembro de 2003, em reunião realizada em 17 de março de 2003, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu Diretor-Presidente determino a sua publicação:

Art.1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde e as seguradoras especializadas em saúde deverão ajustar as condições de prestação de serviços com profissionais de saúde em consultórios ou com as pessoas jurídicas, mediante instrumentos jurídicos a serem firmados nos termos e condições estabelecidos por esta Resolução Normativa.

Art. 2º Os instrumentos jurídicos de que trata esta Resolução Normativa devem estabelecer com clareza e precisão as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, aplicando-se-lhes os princípios da teoria geral dos contratos, no que couber.

Parágrafo único. São cláusulas obrigatórias em todo instrumento jurídico as que estabeleçam:

I – qualificação específica:

a) registro da operadora na ANS; e

~~b) registro do profissional de saúde ou da pessoa jurídica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela Portaria SAS n.º 376, de 3 de outubro de 2000, e pela Portaria SAS n.º 511, 29 de dezembro de 2000;~~

b) registro do consultório no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela Portaria SAS n.º 376, de 3 de outubro de 2000, e pela Portaria SAS n.º 511, 29 de dezembro de 2000; ([Redação dada pela RN nº 79, de 2004](#))

II – objeto e natureza do ajuste com a descrição de todos os serviços contratados, contendo:

a) definição detalhada do objeto;

b) especialidade(s) e/ou serviço(s) contratado(s);

c) procedimento para o qual o profissional de saúde ou pessoa jurídica são indicados, quando a prestação do serviço não for integral; e,

d) regime de atendimento oferecido pelo profissional de saúde ou pessoa jurídica - hospitalar, ambulatorial e urgência;

III – prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços contratados com:

a) definição de prazos e procedimentos para faturamento e pagamento do serviço prestado;

b) definição dos valores dos serviços contratados;

c) rotina para auditoria técnica e administrativa, quando houver;

d) rotina para habilitação do beneficiário junto ao profissional de saúde ou pessoa jurídica; e

e) atos ou eventos médico-odontológicos, clínicos ou cirúrgicos que necessitam de autorização administrativa da operadora;

IV - vigência dos instrumentos jurídicos:

a) prazo de início e de duração do acordado; e

b) regras para prorrogação ou renovação;

V – critérios e procedimentos para rescisão ou não renovação com vistas à preservação da relação entre profissional de saúde ou pessoa jurídica e paciente, garantindo-se a continuidade do atendimento em outro profissional de saúde ou pessoa jurídica, a saber:

a) antecedência mínima de 60 dias para a notificação da data pretendida para encerramento da prestação de serviço, quando o prazo de vigência acordado for indeterminado;

b) nos casos em que o prazo de vigência acordado for determinado, em situações de descumprimento contratual ou em caso de desinteresse pela renovação, a notificação deverá observar antecedência mínima de 30 dias; e

c) inserção das seguintes obrigações a serem observadas a partir da notificação:

1. manutenção da assistência pelos profissionais de saúde ou pessoa jurídica aos pacientes já cadastrados, até a data estabelecida para encerramento da prestação do serviço;

2. pagamento dessa assistência pela operadora na forma já acordada;

3. identificação formal pelo profissional de saúde ou pessoa jurídica à operadora dos pacientes que se encontrem em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial;

4. comunicação pela operadora aos pacientes identificados na forma do item anterior, garantindo recursos assistenciais necessários à continuidade da sua assistência; e

5. disponibilidade do profissional de saúde ou pessoa jurídica em fornecer as informações necessárias à continuidade do tratamento com outro profissional de saúde, desde que requisitado pelo paciente;

VI – informação da produção assistencial, com a obrigação do profissional de saúde ou pessoa jurídica disponibilizar às operadoras contratantes os dados assistenciais dos atendimentos prestados aos beneficiários, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, quando requisitados pela ANS, em atendimento ao disposto no inciso XXXI, do art. 4º da Lei nº 9.961 de 2000; e

VII – direitos e obrigações, relativos às condições gerais da Lei nº 9.656 de 1998 e às estabelecidas pelo CONSU e pela ANS, contemplando:

a) a fixação de rotinas para pleno atendimento ao disposto no art. 18 da Lei nº 9.656 de 1998;

b) a prioridade no atendimento para os casos de urgência ou emergência, assim como às pessoas com sessenta anos de idade ou mais, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos de idade;

c) os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade;

d) a autorização para divulgação do nome do profissional de saúde ou pessoa jurídica contratada;

e) penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas; e

f) não discriminação dos pacientes, bem como a vedação de exclusividade na relação contratual.

~~Art. 3º As operadoras, juntamente com os profissionais de saúde ou pessoa jurídica, deverão proceder à revisão de seus instrumentos jurídicos atualmente em vigor, a fim de adaptá-los ao disposto nesta Resolução Normativa, no prazo de cento e oitenta dias, contados da sua vigência.~~

Parágrafo único Excepcionalmente, quando por motivos de força maior, o registro previsto na alínea "b", do inciso I, do parágrafo único, do art. 2º, não estiver disponível no prazo disposto no caput deste artigo, a informação deverá ser incorporada em aditivo contratual específico a ser firmado no prazo máximo de trinta dias, contados da data da sua disponibilidade divulgada no sítio www.datasus.gov.br.

~~Art. 3º As operadoras, juntamente com os profissionais de saúde ou pessoa jurídica, deverão proceder à revisão de seus instrumentos jurídicos atualmente em vigor, a fim de adaptá-los ao disposto nesta Resolução Normativa, no prazo de trezentos e sessenta dias, contados da sua vigência. (Redação dada pela RN nº 79, de 2004)~~

~~Art. 3º As operadoras, juntamente com os profissionais de saúde ou pessoa jurídica, deverão proceder à revisão de seus instrumentos jurídicos atualmente em vigor, a fim de adaptá-los ao disposto nesta Resolução Normativa, no prazo de quinhentos e dez dias, contados da sua vigência. (Redação dada pela RN nº 91, de 2005)~~

Art. 3º As operadoras, juntamente com os profissionais de saúde ou pessoa jurídica, deverão proceder à revisão de seus instrumentos jurídicos atualmente em vigor, a fim de adaptá-los ao disposto nesta Resolução Normativa, no prazo de seiscentos

dias, contados da sua vigência. ([Redação dada pela RN nº 108, de 2005](#))

Parágrafo único Excepcionalmente, quando por motivos de força maior, o registro previsto na alínea "b", do inciso I, do parágrafo único, do art. 2º, não estiver disponível no prazo disposto no caput deste artigo, a informação deverá ser incorporada em aditivo contratual específico a ser firmado no prazo máximo de trinta dias, contados da data da sua disponibilidade divulgada no sítio www.datasus.gov.br, ou ser dispensada quando definida sua inaplicabilidade ([Redação dada pela RN nº 79, de 2004](#))

Art. 4º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente