

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

CAROLINE WEBER MIGLIOLI
JESSICA LEITE SANTOS OLIVEIRA
VINICIUS WAN-DALL

DESAFIOS DO SAC - SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR DE
UMA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE DE JOINVILLE EM RELAÇÃO AS
DEMANDAS DOS BENEFICIÁRIOS.

Joinville

2019

CAROLINE WEBER MIGLIOLI
JESSICA LEITE SANTOS DE OLIVEIRA
VINICIUS WAN-DALL

DESAFIOS DO SAC - SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR
DE UMA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE DE JOINVILLE EM RELAÇÃO AS
DEMANDAS DOS BENEFICIÁRIOS.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Tecnologia em Gestão Hospitalar
do Campus Joinville do Instituto
Federal de Santa Catarina para
obtenção do Diploma de Tecnólogo
em Gestão Hospitalar.
Orientadora: Patrícia Gbur P. Petry

Joinville
2019

Miglioli, Caroline Weber.

Desafios do SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor de uma Operadora de Plano de Saúde de Joinville em relação as demandas dos Beneficiários. / Caroline Weber Miglioli, Jessica Leite Santos Oliveira, Vinicius Wan-Dall. – Joinville, SC, 2019. 69 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar, Joinville, 2019.

Orientador: Patrícia Gbur P. Petry.

DESAFIOS DO SAC - SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR DE
UMA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE DE JOINVILLE EM RELAÇÃO AS
DEMANDAS DOS BENEFICIÁRIOS.

CAROLINE WEBER MIGLIOLI
JESSICA LEITE SANTOS OLIVEIRA
VINICIUS WAN-DALL

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção de título de Tecnólogo em
Gestão Hospitalar e foi considerado aprovado em sua forma final pela banca
avaliadora abaixo indicada.

Joinville, 2019.

BANCA AVALIADORA

Presidente Prof.: Patrícia Gbur P. Petry

Avaliadora Prof.: Kellianny Oliveira Aires

Avaliadora Prof.: Andrea Heidemann

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus pela força, coragem e sabedoria que nos capacitou para realizar este trabalho. A nossa família que sempre nos incentivou a continuar em frente pelos nossos objetivos. E aos nossos professores que nos ensinaram e dedicaram seu tempo para nos tornarmos profissionais mais capacitados.

RESUMO

Como o aumento progressivo do número de usuários de planos de saúde, torna-se um grande desafio para as operadoras entender as necessidades dos clientes e qualificar a prestação de seus serviços. Neste contexto, o presente trabalho tem o propósito de apresentar como tema: Desafios do SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor de uma Operadora de Plano de Saúde de Joinville, em relação às demandas dos beneficiários. O objetivo geral é de identificar e analisar os principais motivos de contato dos beneficiários ao SAC da operadora, utilizando o método de agrupamento de informações Curva ABC, para interpretação dos dados coletados no período de janeiro a dezembro de 2018, utilizando as metodologias qualitativa e quantitativa. Neste período, os resultados apontam que há 12 motivos de contato que apresentam maior relevância a operadora de plano de saúde, pois estão classificados na Curva A e correspondem a 80% do fluxo de ligações recebidas pelo serviço de atendimento ao cliente. Estes dados foram examinados, a fim de indicar possibilidades de melhoria em relação aos processos internos, bem como, sugestões de adequações nos procedimentos de atendimentos aos clientes, e assim elevar a satisfação do beneficiário.

Palavras-chave: Atendimento, Beneficiários, Operadora, Curva ABC e Qualidade.

ABSTRACT

Despite the progressive increase in the number of people on health insurance, it is envisaged that operators seek to offer more and more quality customer care. In this sense, the service aims to address as its theme: Challenges of the Customer Service of a Joinville Health Plan Operator, in relation to the demands of the beneficiaries. Identify and analyze the main reasons for contacting the beneficiaries, listing the most relevant demands, using the information curve method of ABC Curve, to interpret the data collected from January to December 2018. In this period, the results indicate that there are 12 contact reasons that are more relevant to the health insurance carrier, as they are classified in Curve A and correspond to 80% of the call flow received by the customer service. These data were examined qualitatively and quantitatively, in order to indicate possibilities for improvement in relation to internal processes, as well as suggestions for adjustments in customer service procedures, thus increasing beneficiary satisfaction.

Keywords: Service. Beneficiaries. Operator. ABC Curve. Quality.

LISTA DE SIGLAS

APAC	- Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade
ANS	- Agência Nacional de Saúde
CDPV	- Centro do Desenvolvimento do Profissional de Vendas
CDC	- Código de Defesa do Consumidor
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CNPJ	- Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNSP	- Conselho Nacional de Seguros Privados
COTAQ	- Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial
CRM	- Conselho Regional de Medicina
DIDES	- Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIOPS	- Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde
IAP	- Instituto de Aposentadoria e Pensão
IDSS	- Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
INMETRO	- Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
JCI	- Joint Commission International
MP	- Medida Provisória
ONA	- Organização Nacional de Acreditação
PADI	- Programa de Acreditação de Diagnóstico por Imagem
PIB	- Produto Interno Bruto
PQO	- Programa de Qualificação das Operadoras
PROCON	- Programa de Defesa do Consumidor
QUALISS	- Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviço da Saúde
RN	- Resolução Normativa
SAC	- Serviço de Atendimento ao Consumidor
SIB	- Sistema de Informações de Beneficiários
SINPAS	- Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIP	- Sistema de Informações de Produtos
SUS	- Sistema Único de Saúde
SUSEP	- Superintendência de Seguros Privados

TISS	- Taxa de Informação de Saúde Suplementar
TPS	- Taxa de Saúde Suplementar
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Justificativa	12
1.2 Definição do Problema	14
1.3 Objetivo Geral	14
1.3.1 Objetivos Específicos	14
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 A Saúde Suplementar no Brasil	15
2.1.1 A evolução da saúde suplementar no Brasil	17
2.1.2 A regulação da saúde suplementar Lei 9.656/98	19
2.1.3 Agência Nacional de Saúde Suplementar	20
2.2 Regulamentação Jurídica	21
2.2.1 O Código de Defesa do Consumidor e os Contratos de Adesão	22
2.2.1 Os contratos de planos privados de assistência à saúde	23
2.3 Qualidade na Saúde Suplementar	24
2.3.1 Qualidade na visão do consumidor	24
2.3.2 Qualidade na prestação dos serviços	25
2.4 Programa de Qualificação de Operadoras	26
2.4.1 Pesquisa de satisfação dos beneficiários	28
2.4.2 QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde	29
2.5 Programa de Acreditação das Operadoras	30
2.6 Atendimento ao cliente	31
2.6.1 Fidelização de clientes	32
2.6.2 Retenção e Satisfação de clientes	34
2.7 SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor	36
2.7.1 Resolução Normativa nº 395/2016	37
2.8 Curva ABC	39
2.8.1. Utilização da Curva ABC	39
3. METODOLOGIA	41
3.1 Tipos de Pesquisa	41
3.2 Quanto aos objetivos	42
3.3 Quanto aos procedimentos de coleta de dados	42

3.5 Local de Estudo	43
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	44
4.1 Levantamento dos motivos de atendimento do SAC	44
4.2 Interpretação dos motivos de atendimento da Curva A	45
4.3 Sugestão à organização para possíveis soluções	50
5.CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS	55
ANEXO 1	61

1. INTRODUÇÃO

Atualmente o mercado de consumo se depara com um novo perfil de cliente, o qual não procura apenas um produto ou serviço para atender suas necessidades e desejos, a experiência e a relação que o cliente tem com a marca é tão ou mais importantes que a contratação de um bem, por exemplo.

Da mesma forma a competitividade entre as empresas está cada vez mais acirrada, pois esse novo cliente tem acesso a informação e a todo momento é tentado a experimentar novas experiências com outras empresas. Trata-se de um cliente exigente que busca produtos de qualidade e serviços eficientes, que lhes transmitam confiança.

Para as operadoras de planos de saúde, lidar com esse novo cliente requer aprimoramento constante, pois a necessidade de uma boa experiência na utilização dos serviços de saúde é ainda mais importante, que para um consumidor de outros segmentos.

Diante deste cenário, o presente trabalho busca identificar e analisar quais os principais motivos que levam os beneficiários de uma operadora de plano de saúde de Joinville, acionar o Serviço de Atendimento ao Cliente.

Em uma abordagem inicial, será realizada a fundamentação teórica para a contextualização da evolução da saúde suplementar no Brasil, e como a regulamentação jurídica e a criação da Agência Nacional de Saúde, foram marcos fundamentais para normatização desse segmento.

O estudo também abordará os programas de qualificação e acreditação instituídos pela ANS, e que trouxeram aos beneficiários um ambiente de maior profissionalismo e eficiência. Os conceitos de qualidade, cliente, retenção, fidelização, entre outros, serão expostos no decorrer do estudo.

E serão apresentados os dados e análises que fundamentam o presente trabalho, utilizando-se da metodologia de pesquisa, quantitativa e qualitativa, para substanciar os argumentos necessários que visam elucidar o problema apresentado.

1.1 Justificativa

Com a atual instabilidade do cenário político brasileiro, a economia padece de confiança nesse momento e não permite grandes investimentos, ocasionando a redução do PIB - Produto Interno Bruto.

Por conseguinte, o setor empresarial também caminha a passos lentos, buscando enxugar seus custos para equilibrar as contas e não fechar as portas, o que em muitos casos não é o suficiente. Dados da Serasa Experian (2019) de Falências e Recuperações, indicam que no primeiro semestre de 2019 um total de 849 empresas entraram com pedidos de falência. Por sua vez o setor de saúde suplementar acaba sendo afetado diretamente por esse momento, haja vista que aproximadamente 66% dos contratos de plano de saúde são coletivos empresariais e fornecidos pelas empresas a seus colaboradores (ANS, 2019).

Portanto, o mercado de planos de saúde está intimamente ligado ao desempenho do setor empresarial e ao percentual de desemprego do país. A prova dessa relação de causa e efeito é a diminuição do número de operadoras atuando no Brasil. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), no ano de 2018 haviam 749 operadoras médico-hospitalares com registro ativo, e esse número já reduziu para 737 operadoras no primeiro semestre de 2019 (ANS, 2019). Por isso da necessidade de as operadoras estarem atentas a esse consumidor que busca produtos mais ajustados a atual situação do país.

Ao mesmo tempo, às obrigações legais impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, órgão que regula os planos de saúde no Brasil, acabam tornando o trabalho das operadoras ainda mais desafiador. Em especial, as medidas regulatórias adotadas pela ANS que visam proteger e garantir a assistência aos beneficiários de planos de saúde, que estão cada vez mais complexas e sistematizadas. Um exemplo é a RN - Resolução Normativa 359/2016, que estabelece as regras de atendimento que deverão ser adotadas pelas operadoras aos seus beneficiários.

A partir da vigência da RN 395/2016 foram impostas mudanças importantes para o atendimento aos beneficiários de planos de saúde como: à obrigatoriedade de atendimento telefônico 24 horas e sete dias por semana, nos casos envolvendo garantia de acesso a coberturas de serviços, procedimentos de urgência e emergência, retorno das solicitações recebidas e não solucionadas de forma

imediate no prazo de cinco dias úteis, comunicação ao beneficiário de forma detalhada no caso de negativa de solicitação de autorização no prazo de 24 horas, direito a reanálise da solicitação de procedimentos negados, entre outras. O descumprimento das regras impostas pela RN 395/2016 pode gerar as operadoras multa de R\$ 30.000,00, podendo chegar a R\$ 100.000,00 nos casos de infrações. Esses fatores obrigam as operadoras a manterem a capacidade permanente de se ajustar às obrigações regulamentadoras e exigem um acompanhamento constante da percepção dos beneficiários em relação aos serviços (ANS, 2019).

Outro fator que está ocasionando mudanças no seguimento da saúde suplementar, é o novo perfil do consumidor brasileiro, que está mais consciente dos seus direitos e atuante na busca pela garantia do cumprimento dos serviços contratados. Prova desse comportamento foi a medida anunciada pela ANS em 07/06/2019, na qual determinava a suspensão de 11 operadoras de planos de saúde de comercializar ou receber novos clientes em todo o país. Essa ação é resultado do Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento, que acompanha o desempenho do setor e atua na proteção dos beneficiários, que por sua vez é proveniente das reclamações registradas pelos beneficiários nos canais da ANS. Portanto, nunca foi tão importante para as operadoras ouvir sobre as “dores” de seus beneficiários e buscar medidas para melhorar sua jornada na utilização do plano de saúde (ANS, 2019).

Diante do exposto acima, o tema a ser estudado no presente trabalho se configura de extrema importância, pois auxilia a elucidar os motivos que ocasionam o contato de beneficiários ao Serviço de Atendimento ao Consumidor- SAC de uma operadora de plano de saúde, permitindo a análise e a adoção de medidas que corroborem com o cumprimento das obrigações legais relacionadas ao atendimento e qualificação dos serviços prestados. Ao mesmo tempo, entender e evidenciar o que o beneficiário precisa ou o que lhe gera insegurança, é uma questão de sobrevivência no mercado, visto que a fidelização tem se tornado um obstáculo cada vez mais desafiador para as empresas, sobretudo no mercado de planos de saúde.

Portanto, atentar-se aos apontamentos do beneficiário, possibilita às operadoras de planos de saúde a oportunidade de estar um passo a frente, ou seja, tomar decisões assertivas evitando insatisfação, reclamação e até mesmo ações judiciais, sobretudo nesse momento, em que a população tem cada vez mais acesso

à informação e busca seus direitos por meio dos órgão competentes, tornando o estudo desse tema atual e relevante, tanto para as operadoras de planos de saúde, quanto para as demais empresas.

1.2 Definição do Problema

O que leva o beneficiário da operadora estudada a acionar o Serviço de Atendimento ao Consumidor?

1.3 Objetivo Geral

Analisar os principais motivos de contato dos beneficiários de uma operadora de planos de saúde ao SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor no período de janeiro a dezembro de 2018.

1.3.1 Objetivos Específicos

- Levantar os motivos de atendimentos do SAC por meio do método de classificação de informações utilizando a Curva ABC.
- Elencar os fatores que tornaram os motivos de atendimentos mais preponderantes na curva A.
- Apresentar proposta de melhoria para o atendimento dos beneficiários da operadora.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A Saúde Suplementar no Brasil

O setor de planos de saúde no Brasil é definido como suplementar, em virtude da opção de se pagar um seguro privado para ter acesso à uma melhor assistência médica, com a manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, o que não exclui o direito ao acesso ao serviço público (BAHIA, 2001). Mas, poderia também ser classificado como complementar, quando se supõe a existência e a limitação do sistema de saúde público, então o sistema privado complementa a cobertura desse outro em determinados serviços.

A Saúde Suplementar surgiu no Brasil a partir do crescimento econômico e fomentada pela necessidade das empresas em oferecer um serviço de assistência médica a seus funcionários. Seu exercício envolve o funcionamento dos seguros ou planos de saúde, e é regulamentada pelo poder público através da Lei 9.656/98, que estabelece as regras sobre os planos de saúde. Antes da criação da ANS, a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) era a responsável pelas seguradoras de saúde no Brasil (DOC ACADEMY, 2019).

A saúde suplementar no Brasil estava há mais de 30 anos sem controle e regulamentações específicas que viabilizassem aos beneficiários um atendimento com o mínimo de qualidade e direitos garantidos (DOC ACADEMY, 2019).

Após a regulamentação as operadoras estariam sujeitas a processos de intervenção e de liquidação, limitando assim, a liberdade de definição do produto a ser oferecido, do público a quem oferecer, das condições de operação, além do preço, ou seja, o produto agora está definido por lei.

Com relação aos contratos antigos, foram garantidos aos beneficiários alguns dos benefícios da nova regulamentação, como por exemplo: a proibição dos limites de consultas, a suspensão de internação (inclusive em Unidade de Terapia Intensiva - UTI); a proibição de rompimento unilateral (contratos individuais); um controle de reajustes (contratos individuais). Assim, os usuários de planos antigos também se beneficiaram desse processo regulamentar com um maior controle sobre as operadoras. Estava estabelecido agora, os mecanismos de transição de uma atividade já existente e sem prévia regulamentação, para outra regulamentada e o seu impacto sobre o setor (RONCALLI, 2003).

Segundo dados da ANS em dezembro de 2017 eram 47.313.761 milhões de beneficiários com plano de saúde, já para os planos odontológicos tem-se a quantidade de 22.953.972 milhões de beneficiários no Brasil (ANS, 2018).

Em se tratando de saúde suplementar no Brasil, no que diz respeito ao perfil de beneficiários, verificam-se que a cobertura é maior entre aqueles com emprego formal, uma vez que a adesão ao plano de saúde se dá por meio de seus empregadores (RONCALLI, 2003).

Com a criação de uma agência reguladora, ao longo do tempo, foram determinadas uma série de obrigações para as operadoras de planos de Saúde. Entre essas determinações, estão: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), Sistema de Informação de Produtos (SIP), Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS), Taxa de Saúde Suplementar (TPS) e, o mais recente, o Monitoramento da Taxa de Informação de Saúde Suplementar (TISS). A base de dados utilizada para a construção dos indicadores é a base do SIP, que indica a produção dos serviços em saúde no setor de saúde suplementar.

O SIP (Sistema de Informação de Produtos) é utilizado para enviar dados de eventos em Saúde, como por exemplo, exames, consultas, terapias, internações e procedimentos odontológicos. Essa base de dados possibilita comparações estatísticas e o controle da abrangência da saúde. As operadoras por sua vez, enviam trimestralmente à agência reguladora, suas informações sobre a produção de seus serviços, por tipo de procedimentos em saúde. Depois, esses arquivos são unificados e exportados no formato XML, conforme layout fornecido anteriormente por esta (ANS, 2018).

Segundo Senador Francisco Dornelles:

“é desejável que tenhamos uma Saúde Suplementar forte e saudável, capaz de atender plenamente aos anseios de seus beneficiários e daqueles que, porventura, aderirem aos planos no futuro. Não há motivos que justifiquem o preconceito contra este setor. Ele vem, de fato, proporcionando maior bem-estar para milhares de brasileiros e, desta forma, contribuindo para o avanço social no Brasil” (apud ZIROLDO et al. 2013, p. 221).

José Chenin, diretor-executivo da Fena Saúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), sobre a situação do setor da saúde no país diz:

“a falta de recursos é grande e poderia ser ainda pior se não fosse a saúde suplementar. As operadoras de saúde colocaram, em 2017, R\$ 137 bilhões na rede de serviços de saúde pelos atendimentos prestados. O Governo não teria como alocar todo esse montante com a Saúde. Isso deixa claro como a saúde suplementar tem uma importante função para manter o sistema de saúde como um todo” (apud DOC ACADEMY, 2019).

Comparando-se o serviço público e o serviço privado, não há dúvidas que os atendimentos oferecidos pela Saúde Suplementar são de grande importância para equilíbrio da saúde da população em geral. Entretanto, o direito à Saúde é um dever constitucional do Estado e esse não pode transferir sua responsabilidade para a iniciativa privada.

2.1.1 A evolução da saúde suplementar no Brasil

Em 1923, a Lei Eloy Chaves criava "(...) em cada uma das estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadorias e Pensões para os respectivos empregados." Estas “caixinhas” criadas com fundos geridos por patrões e empregados garantiam aposentadorias e pensões, além de proporcionar serviços médico-hospitalares aos trabalhadores e seus dependentes (RONCALLI, 2003).

Em 1944, o Banco do Brasil cria o CASSI, Caixa de Aposentadoria e Pensão, o mais antigo plano de saúde ainda em operação no Brasil. Desta data em diante o Brasil seguiu o modelo dos Sistemas de Saúde dos outros países latino americanos como a Argentina e o México, caracterizado como o início da Previdência Social. Em 1950 no ABC paulista aparecem os planos empresariais coletivos através da Medicina de Grupo (RONCALLI, 2003).

A partir de 1950, são criados sistemas assistenciais próprios fornecidos pelas empresas estatais e por multinacionais que prestavam assistência médica de forma direta aos seus funcionários e dependentes, os IAP's (Institutos de Aposentadorias e Pensões), que são unificados, formando o Instituto Nacional de Previdência Social, em 1960 (RONCALLI, 2003).

A década de 1960 marcou a história da saúde suplementar no Brasil, uma vez que, nesse momento, boa parte dos trabalhadores possuíam planos de saúde e poderiam usufruir ainda de diversas possibilidades de assistência médica, como a rede INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), com unidades próprias e credenciadas, os serviços credenciados para atendimento a trabalhadores rurais,

os serviços credenciados das empresas médicas e as autogestões das empresas com seus planos próprios. Todas com a mesma cobertura para os empregados independentemente do nível hierárquico dentro da empresa (RONCALLI, 2003).

Em 1964, a Previdência Social iniciou financiamentos de assistência médica para as empresas, via convênios (a Volkswagen foi a primeira a se beneficiar desta política). Assim, a empresa assume a prestação da assistência médica de seus funcionários enquanto essas eram dispensadas da contribuição ao Sistema Nacional de Assistência, com isso, a medicina de grupo cresceu até 1979, quando, os convênios de empresa não foram mais aprovados. Nesse período, em 1967 foi criada a primeira Cooperativa UNIMED, uma nova alternativa às empresas de Medicina em grupo (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

Na década de 70 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), da qual fazia parte o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que privilegiou ainda mais a compra de serviços do setor privado, provocando uma capitalização crescente desse setor. A década de 80 foi marcada por crises políticas, sociais e econômicas e, ainda, pelo movimento sanitário brasileiro, que culminou na criação do SUS e na manutenção e ampliação do setor suplementar (RONCALLI, 2003).

Anteriormente à década de 1980 as operadoras e cooperativas médicas tinham suas atividades voltadas apenas para aqueles trabalhadores formais, os que tinham Carteira de Trabalho assinadas. Em meados de 1980 esse mercado foi expandido, atendendo a todas as pessoas físicas, criando assim, planos individuais de saúde suplementar.

Então, entre as décadas de 1960 e 1980 acontece um aumento na oferta e procura por planos de saúde, iniciando-se também, os conflitos entre operadoras e consumidores. Nesse momento, a Lei 8.078 do Código de Defesa do Consumidor regulariza genericamente essa relação, mas em virtude dos constantes problemas na área, tornou-se essencial a necessidade de uma regulamentação mais específica, visto a insegurança jurídica na interpretação desta lei. Neste momento da história da Saúde Suplementar, surge o Seguro-Saúde (Resolução 11/76), criado pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), permitindo que os segurados escolhessem médicos ou hospitais sendo, posteriormente, reembolsados com os valores gastos pelas operadoras de saúde. Apesar disso, instituições financeiras

como BRADESCO, COMIND e SULAMÉRICA, viram uma oportunidade de lucro, alavancando ainda mais o setor (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

Mesmo estando dentro dos itens da Constituição de 1988, no Brasil a atividade privada na área da saúde teve início em meados de 1990, mas foi apenas em 1997 que o Congresso Nacional através da Câmara dos Deputados aprovou a primeira versão da Lei que regulamenta os planos de saúde. Até esse ponto os planos de saúde não tinham qualquer tipo de regulação e seus usuários não tinham também nenhum tipo de proteção. A partir da criação do PROCON e seu Código de Defesa ao Consumidor com sua estrutura jurídica, os conflitos com as operadoras diminuíram, mas não resolveu todos os problemas. Era necessário algo maior que ajudasse a corrigir falhas nesse nicho de mercado, onde ocorriam desde problemas com atendimento até o abuso no valor das mensalidades (RONCALLI, 2003).

Em 1998 o sistema privado de atenção à saúde foi regulamentado quando foi publicada a Lei nº 9.656/98, e com a criação da ANS (2000), que auxilia na regulação do setor da saúde suplementar, ou seja, é utilizada apenas, e tão somente, pelos planos individuais e limitada àqueles planos pós 1999. O marco legal da regulação é formado pelo conjunto da Lei 9.656/98, de 03/06/98 com a MP 2.177- 44 (originalmente MP 1.665, de 05/06/98), além da Lei 9.961/00, que criou a ANS e da Lei 10.185/01, que instituiu a figura da seguradora especializada de saúde (RONCALLI, 2003).

2.1.2 A regulação da saúde suplementar Lei 9.656/98

Com a Lei 9.656/98 sendo inicialmente debatida no Senado, dois pontos foram alterados: o fortalecimento do pólo assistencial da regulação e o conseqüente fortalecimento do papel do Ministério da Saúde nesse processo. Ou seja, no fortalecimento do polo assistencial alterou-se itens que anteriormente eram “obrigatoriamente oferecidos” para um modelo único de plano aprovado para comercialização, assim os planos com redução ou exclusão de coberturas foram proibidos (JUSBRASIL, 2018).

Através da Lei 9.656/98 não ficou garantido aos planos antigos a cobertura integral da assistência como nos planos novos, mas auxiliou nas condições gerais do contrato, onde os reajustes anuais e as revisões técnicas são controladas pela ANS, sendo estes renovados automaticamente e sendo o seu rompimento por parte

da operadora, proibido. Este é o Plano Referência citado no Artigo 10 (JUSBRASIL, 2018).

O Artigo 11 da lei 9.656/98, trata sobre a Cobertura Parcial Temporária de Lesões e Doenças Preexistentes, onde determina-se que não pode ser negado o atendimento relacionado a lesões preexistentes após dois anos da assinatura do Contrato da preexistência. O “prejuízo” da preexistência de doenças ou/e lesões é da Operadora, que pode ter como opção para remediar esse problema, a utilização da cobrança de uma contraprestação maior durante esses dois anos de carência do Plano de Saúde oferecido (JUSBRASIL, 2018).

Com relação à Carência para os novos beneficiários, citada no Artigo 12, vale ressaltar que os prazos podem variar de 180 a 300 dias (esse último para partos com data marcada), excetuando-se as urgências e emergências, que têm um prazo de 24h. Ainda no Artigo 12, em se tratando de reembolso de valores, há um prazo de 30 dias para que isso se dê, e se aplica quando em urgências e/ou emergências não possam ser utilizados serviços credenciados ou referenciados. Os valores estão sujeitos à tabela de preços dos produtos da operadora (JUSBRASIL, 2018).

Antes da promulgação da Lei, era comum as operadoras negarem-se a aceitar beneficiários com deficiência (física ou intelectual), muito jovens ou muito idosos; sendo essa prática proibida após a Lei (JUSBRASIL, 2018).

2.1.3 Agência Nacional de Saúde Suplementar

A partir da Lei 9.961/2000 de 28 de janeiro de 2000, criou-se a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), cumprindo a Lei nº 9.656, editada em junho de 1998, para regularizar, gerar e implantar normas, inspecionar e supervisionar as atividades do setor. Essa regularização, pode ser entendida como um conjunto de medidas e ações do Governo, como a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas, assegurando assim, o interesse público (ANS, 2019).

Para Roncalli (2003), após a criação da ANS as mudanças mais significativas foram a obrigatoriedade com as ofertas de serviços de saúde com ampla cobertura, incluindo assistência a todas as patologias da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), assistência psiquiátrica, transplantes de rim e córnea, a proibição do limite do tempo e do número de internações e procedimentos. Houve

normativas que estabeleceu regras para os casos de beneficiários desligados da empresa, aposentados, portadores de doenças pré-existentes; tempo de carência, atendimento de urgência e emergência (para planos novos e antigos); rescisão de contrato por parte da operadora e parâmetros para a sustentabilidade econômica das operadoras (reservas técnicas e provisões financeiras).

A ANS cabe defender o interesse público na assistência suplementar à saúde e regular as operadoras em suas relações com os prestadores de serviço e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde, além de manter dados sobre os serviços médicos prestados à população beneficiária de planos privados de saúde, bem como sobre o perfil destes beneficiários (ANS, 2019).

A função da ANS é atuar mais diretamente nas relações entre as operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviços e os beneficiários, atuando diretamente nas tensões e, acima de tudo, contribuindo ativamente para uma melhoria do sistema de saúde no Brasil (ANS, 2019).

Segundo a Agência Reguladora Nacional, em 2003 eram atendidos mais de 35 milhões de beneficiários em planos de saúde, em 2013 eram mais de 54 milhões e até junho/2019 soma-se mais de 71 milhões, incluindo nesse montante beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia e beneficiários de planos privados exclusivamente odontológicos. Entende-se por esses dados, que estes milhões de beneficiários, estão saindo da fila do Sistema Único de Saúde (SUS) ao mesmo tempo em que esse Sistema procura se aperfeiçoar para dar um melhor atendimento àqueles indivíduos que não possuem condições financeiras para terem um plano de saúde privado (ANS, 2019).

A partir da criação da ANS, com suas regulamentações e regulações, pode-se assegurar à população que utilizava a rede de Saúde Suplementar a garantia de seus direitos, estabelecendo deveres às empresas participantes do setor (ANS, 2019).

2.2 Regulamentação Jurídica

“(…) É função, portanto, do direito, disciplinar a estrutura de forma a definir tutelas e garantias para que a possibilidade de satisfação das necessidades individuais não leve a injustiças sociais” (ALVES; WANDER, 2009, p. 1).

Nos países capitalistas, como é o caso do Brasil, existe uma estrutura própria com instituições comuns nesse tipo de sistema de governo, são os Mercados Livres, onde a facilidade de trocas leva a uma competição entre os agentes envolvidos num determinado processo. Nesses “Mercados Abertos”, desenvolvem-se atividades econômicas de troca de serviços por todas as áreas. Com isso, o governo sentiu que seria necessária uma regulação dos mercados ligados à Saúde Suplementar, com o objetivo de melhorar a sua eficiência e aumentar o grau de satisfação por parte de seus beneficiários (LIMA, 2016).

Segundo Bagnoli (2008, p-83):

“As acepções do termo *regulação* referem-se às formas de organização da atividade econômica pelo Estado, tanto pela concessão de serviços públicos quanto pelo poder de polícia. Especificamente no campo econômico, diz respeito à redução da intervenção direta do Estado e à concentração econômica” (apud ALVES; WANDER, 2009. p. 2).

Quando a Lei 9.656/98 foi aprovada, o Estado deixou claro que pretendia atuar em parceria com a iniciativa privada, controlando e fiscalizando o setor da Saúde Suplementar, agindo como um regulador. Com essa nova regulamentação cria-se uma regulação, onde através de mecanismos próprios objetiva um mercado transparente, com informações claras. Essa regulamentação jurídica se dá quando o Estado sente que há a necessidade de se criar um esquema de equilíbrio no mercado, que atinja a todos os envolvidos nesse processo, mas que não seja um obstáculo ao setor (LIMA, 2016).

2.2.1 O Código de Defesa do Consumidor e os Contratos de Adesão

O Código de Defesa do Consumidor trata-se de um conjunto de normas de proteção, defesa e obrigações do consumidor, de ordem pública e de interesse social.

(...) por força da Súmula 469 do STJ, o Código de Proteção e Defesa do Consumidor (Lei 8.078 de 11 de Setembro de 1990) também é aplicado aos contratos de planos de saúde, uma vez que a relação existente entre a empresa administradora de seguro saúde e o segurado/beneficiário é uma relação de consumo, pois possui como objetivo final a aquisição de um produto ou a contratação de um serviço. (SÁ, 2018)

Quando se trata de contratos de planos de saúde, os de adesão possuem cláusulas pré-determinadas pela administradora, onde o contratante/beneficiário não tem como consumidor a possibilidade de alterar o seu conteúdo. Essas regras constam no Código de Defesa do Consumidor e no Código Civil Brasileiro (SÁ, 2018).

O Código de Defesa do Consumidor, se dedica à proteção contratual, uma vez que envolve uma relação de consumo e prestação de serviço, através de disposições que objetivam proteger o consumidor de possíveis ilegalidades e abusos contratuais. Como por exemplo, a negativa de pagamentos quando se trata de próteses ou cirurgias; reajuste abusivo das mensalidades acima do permitido pela ANS ou ainda, limitar os valores dos reembolsos (SÁ, 2018).

O Ministro Sidnei Benetire, relator do Recurso Especial. Nº 1.388.058 - SP (2013/0177557-5), em seu voto a jurisprudência do Tribunal sobre o tema diz (apud SÁ, 2018):

[...] O consumidor não é senhor do prazo de sua recuperação, que, como é curial, depende de muitos fatores, que nem mesmo os médicos são capazes de controlar. Se a enfermidade está coberta pelo seguro, não é possível, sob pena de grave abuso, impor ao segurado que se retire da unidade de tratamento intensivo, com o risco severo de morte, porque está fora do limite temporal estabelecido em uma determinada cláusula. Não pode a estipulação contratual ofender o princípio da razoabilidade, e se faz, comete abusividade vedada pelo art. 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor. Anote-se que a regra protetiva, expressamente, refere-se a uma desvantagem exagerada do consumidor e, ainda, a obrigações incompatíveis com a boa-fé e a equidade [...].

2.2.1 Os contratos de planos privados de assistência à saúde

Através da Lei 9.656/98, empresas privadas iniciam a oferta ao mercado de planos de Saúde Médico e Hospitalar, sob a forma de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou ainda, como uma entidade de autogestão. Segundo essa mesma Lei, Plano de Assistência Privada de Assistência à Saúde, é uma prestação de serviços continua com a cobertura de custos assistenciais com preços pós ou preestabelecidos num prazo indeterminado. O objetivo destes, é garantir a assistência à saúde, através do atendimento realizado por profissionais da área ou outros prestadores de serviços (SÁ, 2018).

As operadoras de Planos Privados, obtém a autorização para funcionamento através do preenchimento de requisitos determinados pela Lei 9.656/98, em seu

artigo 8º, que determina entre outras coisas, “o registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980” (JUSBRASIL, 2019).

Essa mesma Lei, em seu artigo 14, define que o contrato de prestação de serviço deve prever contraprestações pecuniárias, por faixa etária dos consumidores e seus percentuais de reajuste. Os prestadores não podem discriminar nem impedir a participação de qualquer indivíduo nos planos, por razão de idade ou deficiência, seja ela qual for. Aos consumidores com faixa etária acima dos 60 anos e seus dependentes, com participação no plano há mais de 10 anos não serão afetados por nenhuma variação no valor da mensalidade, de acordo com o parágrafo único do art.15, das normas da ANS. A partir da assinatura do contrato de prestação de serviço, os consumidores passam a ser reconhecidos como “Beneficiários” e/ou “Dependentes” deste (JUSBRASIL, 2019).

2.3 Qualidade na Saúde Suplementar

Em 24 de novembro de 2006, a ANS instituiu por meio da Resolução Normativa nº 139, o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar com objetivo principal de avaliar e estimular a qualidade dentro do setor de saúde suplementar e desde então vem implementando outras medidas que corroboram com esse objetivo, tais como: o Programa de Acreditação de Operadoras e Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS) (ANS, 2019).

2.3.1 Qualidade na visão do consumidor

O bom atendimento aos clientes deve ser o principal ponto a ser observado quando uma empresa que lida com o público abre suas portas. Em se tratando de Planos de Saúde, quando o consumidor se encontra fragilizado por determinadas situações, este quer ser o alvo de atenções especiais. Um atendimento diferenciado por parte dos funcionários que lidam diretamente com o público de planos de saúde pode ser a chave do sucesso empresarial.

Segundo Rossi e Slongo (1998, p. 103) “Buscar a satisfação do cliente através da qualidade de serviços deve ser um dos objetivos organizacionais”.

Com uma qualidade melhor nos serviços e produtos oferecidos, haverá um retorno proporcional dos investimentos, uma vez que o produto oferecido por parte dos planos se tornará mais atrativo, ou seja, abrindo a possibilidade da recomendação dos serviços a outros usuários, elevando as chances de obter novos consumidores potenciais. Todo usuário de plano de saúde deseja um bom atendimento por parte da operadora, o que pode transmitir tranquilidade em um momento de intenso estresse emocional e atender suas expectativas.

Para Berry e Parasuraman (1992, p. 22) “a expectativa tem sido utilizada em dois sentidos: aquilo que os consumidores acreditam que ocorrerá quando se deparam com o serviço (percepção) e aquilo que eles desejam que ocorra (expectativa)”.

2.3.2 Qualidade na prestação dos serviços

A qualidade na prestação de serviços é importante para determinar o sucesso ou o fracasso de uma empresa, pois trata-se de resultados e de objetivos alcançados. A qualidade tem uma importância estratégica, e não somente operacional quando se proporciona ao consumidor uma boa experiência com o serviço prestado, pois o relacionamento empresa-consumidor tende a ter um resultado melhor e mais satisfatório (INTELLIPLAN, 2019).

Quando o consumidor, seja ele pessoa física ou jurídica, contrata a prestação de um serviço, é por estar enfrentando alguma situação em que a dependência deste serviço é essencial para que se alcance uma solução, sendo isto o que ele espera do seu prestador.

“Pensar na qualidade na prestação de serviços é pensar em como a demanda do consumidor está sendo atendida. E isso, com certeza, pode representar um diferencial competitivo para a empresa prestadora de serviços” (INTELLIPLAN, 2019). Logo, a qualidade na prestação de serviços está diretamente ligada à competência dos profissionais envolvidos.

Em se tratando da Saúde Suplementar, a qualidade dos serviços oferecidos está diretamente ligada ao desempenho da operadora de plano de saúde no mercado em questão. Quando uma empresa é reconhecida pela sua qualidade, se destaca positivamente no mercado. Muitas vezes algumas operadoras só se

preocupam com a qualidade de seus serviços, quando percebem que seus resultados não estão sendo alcançados (INTELLIPLAN, 2019).

Dessa forma entende-se que o item, 'qualidade' de uma determinada empresa, aqui, operadora de plano de saúde, será avaliado juntamente com seu serviço em comparação às demais empresas do setor e as experiências de outros consumidores.

Através da Competitividade Empresarial, as operadoras veem na melhoria da qualidade dos serviços prestados, uma forma de se diferenciar no mercado onde se luta ao mesmo tempo por espaço e por clientes. Todo detalhe para se destacar dos concorrentes faz diferença para o cliente quando esta procura satisfazer seus interesses, se tornando cada vez mais exigente.

Segundo Souza (2017):

(...) “Na área de prestação de serviços a produção e consumo são simultâneos e não há como definir onde termina e começa o outro, as ações são direcionadas para um maior contato com o cliente, definido seus interesses, preferências, exigências, necessidades, a Qualidade procura a perfeita adaptação do processo ao cliente”.

Juran (1989, apud SOUZA, 2017), “a qualidade é uma evolução contínua. Para seu êxito deve ser encarada como um processo bem gerenciado. Esse gerenciamento da qualidade é dividido em três processos gerenciais básicos, conhecidos como trilogia Juran: planejamento da qualidade, controle da qualidade e melhoramento da qualidade”.

Há 3 décadas oferecer qualidade era inovador, hoje é requisito básico para qualquer empresa que pretende se firmar no mercado. Clientes satisfeitos não são atraídos por outras operadoras mesmo que estas lhe ofereçam produtos ou serviços melhores, pois a satisfação do cliente quando ligada ao nível de qualidade resultará na fidelidade para com sua operadora original. Ou seja, além de permanecer na operadora em que se sente satisfeito, o cliente indicará sua operadora para outros possíveis clientes com boas recomendações.

2.4 Programa de Qualificação de Operadoras

O Programa de Qualificação das Operadoras é a iniciativa mais antiga criada pela ANS com a finalidade de estimular a qualidade de atendimento no setor da

saúde suplementar, fornecendo informações transparentes, minuciosas e regulares, promovendo a livre concorrência e permitindo que o consumidor (beneficiário) faça suas escolhas quando da contratação de um plano de saúde.

O Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) é uma iniciativa desenvolvida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para avaliação anual do desempenho das operadoras de planos de saúde. Tem como objetivos o estímulo da qualidade setorial e a redução da assimetria de informação, promovendo maior poder de escolha para o beneficiário e oferecendo subsídios para a melhoria da gestão das operadoras e das ações regulatórias da ANS. (ANS, 2019)

O PQO é fundamentado na avaliação sistemática das operadoras de planos de saúde e consolidado no IDSS - Índice de Desempenho da Saúde Suplementar, indicador que permite a comparação entre as operadoras e uniformização do mercado de saúde suplementar. Os dados para essa análise são extraídos dos sistemas de informações da Agência ou coletados nos sistemas nacionais de informação em saúde e compreendem quatro dimensões (ANS, 2019):

1. Qualidade em Atenção à Saúde: são avaliadas as ações desenvolvidas pelas operadoras de planos de saúde relacionadas ao atendimento das necessidades de saúde dos beneficiários, com foco em promoção, prevenção e assistência à saúde prestada;
2. Garantia de Acesso: nessa dimensão são mensuradas as condições da rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores;
3. Sustentabilidade no Mercado: os aspectos avaliados englobam o equilíbrio econômico-financeiro, satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores;
4. Gestão de Processos e Regulação: trata exclusivamente das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS.

De acordo com a ANS a metodologia do IDSS possibilitou:

Maior poder de comparação do desempenho das operadoras, foco em indicadores que avaliem a qualidade, sinergia entre os diversos programas da ANS, a Instituição da Pesquisa de Satisfação do Beneficiário, ampliação do subsídio às políticas regulatórias e utilização de linguagem amigável para o público leigo. (ANS, 2019)

2.4.1 Pesquisa de satisfação dos beneficiários

A realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários é um dos critérios aplicados pela ANS para compor a pontuação do IDSS e está inserida na Dimensão 3 do PQO, Dimensão de Sustentabilidade de Mercado (IDSM) (ANS, 2017).

Tem como objetivo principal mensurar a qualidade do setor e conhecer o grau de satisfação dos usuários de planos de saúde no país. As operadoras que se dispuserem a realizar a pesquisa, deverão seguir a metodologia desenvolvida pela ANS por meio de um Documento Técnico, que objetiva a padronização dos dados pesquisados e sua comparação entre as operadoras participantes (ANS, 2017).

Dentre as instruções definidas pela ANS para realização da pesquisa, está a participação de um responsável técnico, com formação em estatística, que deverá viabilizar o planejamento amostral da pesquisa, entre outras responsabilidades. Se faz necessário também a participação de um responsável legal, que será o representante da operadora e responderá pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento dos procedimentos previstos neste Documento Técnico. Por fim, se faz necessário a auditoria por um profissional independente para que possa ter seus resultados publicados no sítio institucional da operadora (ANS, 2017).

A pesquisa deve observar a dezoito diretrizes específicas, entre estas: deverá ser realizada com beneficiários maiores de 18 anos de idade; é proibida qualquer espécie de incentivos e/ou brindes aos entrevistados (incentivos e brindes podem prejudicar a qualidade dos resultados obtidos); deverá ser realizada de forma objetiva e sem a utilização de qualquer processo ou medida que possa interferir em seu resultado (ANS, 2017).

Todo o material relativo à pesquisa, tais como: nota técnica, entrevistas realizadas (questionários ou gravações), papéis de trabalho, relatório da pesquisa, relatório do auditor independente e parecer da auditoria deverão estar à disposição da ANS e poderá ser requisitado a qualquer tempo (ANS 2017, p.16).

2.4.2 QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde

O QUALISS, foi criado por meio da RN 405, de maio de 2016 que:

Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa - IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências (Agência Nacional de Saúde, 2017).

O QUALISS foi elaborado em conjunto com representantes dos prestadores de serviço, dos consumidores, das operadoras, de instituições de ensino e pesquisa, da Anvisa e do Ministério da Saúde, para estimular a qualificação dos servidores ligados à saúde, tais como hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde, além de possibilitar o acesso a informações sobre os prestadores desse serviço, no que diz respeito à qualidade. Com isso, os consumidores poderão avaliar e escolher o plano de saúde que desejarem (SALUTIS, 2014).

Esse programa estabelece certos atributos de qualificação importantes para uma melhoria da qualidade assistencial disponibilizada pelos planos de saúde, além da avaliação e divulgação de dados ligados a acreditação, segurança do beneficiário (paciente), qualificação profissional, monitoramento da qualidade através de indicadores próprios, etc. (ANS, 2019).

No QUALISS a ANS conta com um Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ), criada apenas em 2016, que nada mais é que uma instância consultiva coordenada por uma Diretoria de Desenvolvimento Setorial, a DIDES, que é a responsável por auxiliar na criação de critérios de averiguação e controle da qualidade na prestação dos serviços em saúde suplementar (ANS, 2019).

Segundo Salutis Consultoria e Administração em Saúde S/C Ltda (2014), a função do QUALISS é: “(...) ampliar o poder de avaliação e escolha de prestadores de serviços por parte dos beneficiários de planos de saúde”.

Para atender a essa Normativa as entidades ligadas à saúde, encaminham uma série de documentos que comprovam requisitos juntamente com a inscrição neste programa.

A ANS aperfeiçoou seu Sistema de busca de qualificação dos prestadores de saúde, apresentando uma nova identidade visual, nova interface e a inclusão na busca de instituições com núcleo de segurança do paciente ou que atendam a um ou mais projetos de qualificação, como Parto Adequado, Idoso Bem Cuidado e OncoRede. Com relação à verificação externa de credibilidade (Acreditação), foi desenvolvido um conjunto de padrões preestabelecidos, onde o usuário filtra as informações por tipo de Acreditação: PADI (Programa de Acreditação de Diagnóstico por Imagem), JCI (Joint Commission International - para hospitais) e ONA 3 (Organização Nacional de Acreditação, nível 3) (ANS, 2019).

A Organização Nacional de Acreditação certifica em diferentes níveis de acreditação, auxiliando diversas organizações no desenvolvimento da segurança nos processos, na gestão integrada e na maturidade institucional, ou seja, em seu nível 1, o avaliado deve cumprir ou superar 90% dos padrões de qualidade exigidos (válido por 2 anos); no nível 2, o avaliado deve cumprir ou superar 80% dos padrões de gestão integrada exigidos (válido por 2 anos); no nível 3, o avaliado deve cumprir 70% dos padrões de maturidade institucional exigidos (válido por 3 anos) (ONA, 2019).

2.5 Programa de Acreditação das Operadoras

No dia a dia, a prática do equilíbrio dos fatores ligados a qualidade, se traduz em uma única palavra: Acreditação.

O Programa de Acreditação tem como objetivo certificar a qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde, de acordo com avaliação feita por entidades de acreditação homologadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e, a partir de 03/05/2013, obrigatoriamente habilitadas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia INMETRO (ANS, 2019).

Para que a certificação seja concedida vários pontos sobre a operadora são analisados, tais como sua administração, estrutura e operação dos serviços de

saúde oferecidos, o desempenho dos estabelecimentos de saúde e profissionais conveniados, além da satisfação de seus beneficiários.

A Certificação de Acreditação pode ser conferida em 3 níveis (ANS, 2019):

- Nível I: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 90 (noventa) e 100 (cem) pontos;
- Nível II: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 80 (oitenta) e 89 (oitenta e nove) pontos;
- Nível III: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 70 (setenta) e 79 (setenta e nove) pontos.

Foi através da Resolução Normativa - RN Nº 277, de 4 de novembro de 2011 que se instituiu o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, composto por 27 artigos que discorrem sobre esse assunto (ANS, 2019).

2.6 Atendimento ao cliente

Atualmente, os clientes não procuram somente um produto; sendo que com o aumento dos canais de informação sobre compras, há a necessidade de uma experiência que não deixe nada a desejar, onde se encontre tudo que procura, ajuda a todo momento e acima de tudo, um parceiro confiável (SALESFORCE, 2019).

Atendimento ao cliente nada mais é, que a forma como as empresas agem com seus clientes, qual a abordagem utilizada, quais mecanismos fazem uso para os atrair de forma satisfatória, estar alinhado ao valor que sua empresa quer passar para estes e as suas metas como um todo.

Com as novas tecnologias, não existem mais barreiras físicas e os clientes estão cada vez mais, conectados e informados através da internet, e com tanto acesso à informação, manter seus clientes satisfeitos e realizados é crucial na conquista de novos clientes. Alguns clientes, afirmam que a experiência com determinadas empresas, é tão importante quanto a qualidade dos produtos e serviços oferecidos, buscando excelência no atendimento.

Através de um bom atendimento, os clientes esperam que as operadoras resolvam seus problemas rapidamente, através de um sistema de autoatendimento

facilitado, intuitivo e que esteja disponível 24 horas por dia, se possível, sete dias por semana.

Um bom atendimento prevê e antecipa as necessidades de seus clientes, oferecendo-lhes a solução de seus problemas, além de simplificar e abrir canais de contato acessíveis, tornando-se confiável aos olhos do cliente e fidelizando a sua escolha quanto à operadora do Plano de Saúde escolhida (SALESFORCE, 2019).

Abrir a possibilidade de um feedback para os clientes, é uma forma de demonstrar confiança nos serviços prestados e segurança no que oferece, possibilitando sugestões, opiniões e reclamações, transformando todas essas informações em ações para melhorar o que por ventura não está funcionando como esperado (SALESFORCE, 2019).

Segundo a empresa de opinião norte americana GALLUP (apud SURVEY MONKEY, 2019), existem quatro níveis de expectativa nos clientes:

1. Precisão: a base do seu negócio é a precisão. Quando não se consegue fornecer o que o cliente deseja, no momento em que ele quer, o sucesso será duvidoso;
2. Disponibilidade: depois da contratação, seu cliente deseja saber se pode contar com a operadora. Esta oferece um sistema de acompanhamento rápido e eficiente para lidar com devoluções, dúvidas sobre produtos e outros problemas dessa ordem?
3. Parceria: além de produtos e serviços, os clientes necessitam sentir que a operadora entende suas necessidades. A Empresa demonstra aos seus clientes que se importa com esses, num relacionamento menos unilateral e mais colaborativo;
4. Aconselhamento: a operadora dispõe de materiais educativos e informativos, fornecendo recomendações que auxiliam seus clientes.

2.6.1 Fidelização de clientes

Fidelidade de um cliente não pode ser comprada, ela é conquistada ao longo do tempo através de atitudes que transmitam atenção, confiança e respeito. Em um processo contínuo, o relacionamento com o cliente se transforma num compromisso

de todos da empresa prestadora do serviço, devendo ser parte da sua missão e estratégia de trabalho.

De acordo com Gonçalves (2009):

“As empresas, tradicionalmente, concentram-se na atração de novos clientes e não na retenção de clientes já existentes. A ênfase é a realização de vendas e não a construção de relacionamentos. Mas, o cenário está mudando, uma importante tarefa do marketing, nos dias de hoje, é criar e manter um forte relacionamento com o cliente, ou seja, fidelizá-lo”.

Percebe-se então, que satisfação está ligada à qualidade. Quando o serviço/produto prestado se apresenta além das expectativas do cliente, é pouco provável que esse o troque por outro prestador. Expectativa neste caso, engloba tanto o atendimento quanto o produto oferecido.

Com as novas tecnologias (Call centers, web sites, e os softwares de CRM), os responsáveis pelo Marketing de Relacionamentos (trabalha para identificar clientes fortes e leais através da postura que esses adotam diante daquilo que lhes é oferecido), pode criar um banco de dados com os nomes dos clientes, através de um histórico pessoal, o que torna mais fácil o relacionamento cliente - operadora, pois “Informação transformada em conhecimento é fator diferenciador para o sucesso”. (SWIFT, 2001, p. 3. apud GONÇALVES, 2009).

Os clientes estão se tornando cada vez mais críticos, principalmente quando em um primeiro contato são levados a relatarem seus problemas ou necessidades e logo após, são encaminhados a outro setor, onde necessitam relatar tudo novamente, e não observam a resolução ou entendimento de suas solicitações.

Segundo a ANS de 2014 a setembro de 2015, aproximadamente 500 mil beneficiários se desligaram de seus planos de saúde, por diversos motivos, entre eles o desemprego e a inflação, tornando esse serviço muito caro para ser usado eventualmente. Os planos de saúde são campeões recorrentes quando o quesito de avaliação é o número de reclamações, em virtude disso, a ANS entre 2013 e 2014 obrigou-os a criarem centros de Ouvidorias, onde mais de 100 mil reclamações foram registradas (ANS, 2019).

Manter e cuidar dos clientes para que esses se tornem fiéis é talvez, mais importante que prospectar clientes novos, além de ser mais econômico para a empresa que mantém estável sua carteira de clientes, pois um cliente satisfeito e fiel atrai outros.

Atualmente, as empresas para se manterem no mercado, adotam condutas sérias e íntegras, respeitando os direitos dos clientes com quem se relacionam. A fidelização dos clientes está intimamente ligada aos custos da organização, devendo ser parte integrante da missão que norteia uma empresa.

Segundo Kotler & Armstrong, 2003 p.475 (apud GONÇALVES, 2009), custa cinco vezes mais atrair um novo cliente que reter um cliente antigo.

Gonçalves, 2007 (apud BALDISSERA 2014, p. 32) traz alguns fundamentos importantes para a fidelização dos clientes:

- Fazer com o que o cliente sinta prazer em se relacionar com a empresa;
- Oferecer cada vez mais serviços para agregar valor;
- O atendimento prestado pela equipe deve ser de satisfação, entusiasmo e com credibilidade;
- Destinar toda atenção ao cliente quanto ele precisar.

A fidelização dos clientes é um processo contínuo, onde é necessário atualizar constantemente a oferta de serviços que atendam às necessidades dos clientes, associando um valor ao padrão de qualidade em atendimento.

Para Selles e Minadeo (2006. apud BALDISSERA, 2014 p. 33), entre outros atributos, os quatro melhores para fidelizar clientes são:

- a Credibilidade: os clientes antes de qualquer coisa, devem acreditar na qualidade dos serviços oferecidos pela operadora;
- a Acessibilidade: o rápido acesso aos serviços prestados;
- a Confiabilidade: os clientes devem confiar no tratamento e no serviço oferecido pela prestadora;
- a Excelência: os clientes esperam um ótimo nível no serviço escolhido.

Cada um destes possui características próprias e importantes para o cliente, e ainda mais para as empresas, que os utiliza para ganhá-los.

2.6.2 Retenção e Satisfação de clientes

Num universo de tantas operadoras, proporcionar um bom atendimento, com foco nas necessidades além de uma qualidade excelente é um diferencial

importante quando se almeja atrair mais clientes, superando a concorrência. Para atrair os clientes é preciso surpreendê-los superando as suas expectativas quanto à qualidade dos serviços e produtos oferecidos.

A chave é superar a expectativa dos clientes quanto à qualidade de serviço. Como disse o principal executivo da American Express: “Prometa apenas o que puder fornecer e forneça mais do que prometeu!” Essas expectativas baseiam-se em experiências passadas, em comunicação boca a boca e na propaganda da empresa de serviços. Se o *serviço percebido* de uma determinada empresa excede a *expectativa do serviço*, os clientes sentem-se inclinados a voltar a utilizá-la. Conservar os clientes é a melhor medida de qualidade - a capacidade de uma empresa de serviços de manter seus clientes depende da coerência do valor que ela lhes proporciona. Em vista disso, enquanto a meta de qualidade do industrial pode ser “zero defeitos”, a do prestador de serviços é “zero abandonos de clientes” (KOTLER; ARMSTRONG, 1998, p. 459-460. apud BALDISSERA, 2014 p. 35).

Sabe-se que o ponto chave para fidelização de clientes é o bom atendimento e a qualidade nos serviços, sendo assim, as operadoras através do treinamento de seus colaboradores procuram cumprir esse objetivo de forma satisfatória.

A retenção de clientes significa manter os clientes como compradores ativos, lucrativos e rentáveis, e por um período de tempo maior para a empresa (OLIVEIRA, 2016). Também é vista pelas empresas e seus profissionais como uma atividade tática, com uma oferta especial ou um desconto que faça com que o cliente que deseja cancelar um serviço desista desse intento.

Para Oliveira (2016):

Estas empresas erram no conceito, pois a Retenção de um cliente deveria ser uma consequência de outras atitudes ou escolhas estratégicas que uma empresa faz. Escolhas devem ser bases do modelo de negócio ou mesmo no Propósito da empresa, (...) e que deveriam refletir o desejo sincero de manter os clientes satisfeitos.

Então, manter os clientes satisfeitos é primordial para retê-los e o passo inicial para uma gestão de clientes mais eficaz com a aplicação de estratégias de relacionamento e fidelização além de ações visando a rentabilização.

A relação entre Satisfação-Retenção é relativamente nova, começando a surgir artigos e publicações específicas sobre esse assunto quando fica clara a necessidade de mudança de estratégia com base no produto, para uma estratégia baseada no cliente e em como melhor atender às suas necessidades.

A satisfação do paciente refere-se à mensuração de uma ou mais de uma variedade de opiniões de pacientes que incluem avaliações da qualidade dos serviços, intenções comportamentais futuras, a percepção do paciente sobre os próprios resultados clínicos e a satisfação geral com a organização de Saúde (OLIVER et al., 1994. apud PIVA et al. 2007, p. 2).

Além de satisfação e retenção, outro componente se une a eles para fazer parte da tríade Satisfação-Retenção-Rentabilidade especialmente no setor de Serviços. Para as prestadoras de serviço da saúde privada, a rentabilidade é medida de acordo com o número de sinistralidade ocorrido, a qual deve ser o menor possível.

Há que se compreender que Satisfação e Retenção são conceitos distintos. Satisfação é um estado temporal onde uma experiência repetida de utilização reflete como o produto ou serviço atende aos seus propósitos. Contrastando, Retenção é um estado de preferência definido em relação ao determinado ponto (OLIVER, 1999 apud PIVA et. al, 2007, p. 4).

A satisfação é um bom indício de sucesso, mas nada substitui a lealdade do cliente à operadora. É a lealdade que fará com que a propaganda de boca em boca ocorra.

No livro Marketing Metrics (2009, apud SOBANSKI, 2017) diz que a probabilidade de se vender um plano de saúde para um cliente já existente gira entre 60-70%, enquanto que para se vender para um novo cliente, as probabilidades caem para 5% a 20%. Através de um relacionamento contínuo com os clientes as chances de retê-lo são maiores e normalmente bem-sucedida.

2.7 SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor

O SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor que possibilita uma maior aproximação e um melhor relacionamento com o cliente por meio da comunicação. “Através dele, é possível conhecer e sanar dúvidas, ter insights para novas ações, produtos ou serviços, resolver problemas e receber *feedbacks*” (FISHER, 2018).

Após adquirir um produto ou contratar um serviço, o consumidor está sujeito a ter problemas de várias ordens. São muitos os motivos que podem fazer com que o cliente entre em contato, por meio do canal de atendimento que as empresas disponibilizam ao público. É por meio do SAC - Serviço de Atendimento ao

Consumidor que se busca orientação para resolver esses problemas (FISHER, 2018).

A partir de 31 de julho de 2008 a Presidência da República estabelecem as regras para os SAC, regulamentadas pelo Decreto nº 6.523/2008. O 2º artigo estabelece que se entende por SAC o Serviço de Atendimento telefônico das prestadoras de serviços regulados, que tenham como finalidade resolver as demandas dos consumidores sobre informação, dúvida, reclamação, suspensão ou cancelamento de contratos e de serviços. Assim, as operadoras de planos de saúde deverão estar preparadas para responderem as questões denominadas Informações Gerais em Saúde Suplementar, que estão definidas na Nota Técnica nº 01/2008/GGRIN/DIFIS (ANS, 2008).

A nota técnica entre outras coisas, define que o SAC das operadoras sane as dúvidas sobre contrato, cobertura, reajuste de mensalidade e demais questões de natureza geral que não necessitem de acesso ao contrato do consumidor para serem transmitidas. Além disso, a ANS também elaborou uma cartilha respondendo às dúvidas mais frequentes das operadoras em relação ao Decreto nº 6.523/2008, no intuito de ajudá-las no processo de compreensão e adaptação à nova norma (ANS, 2008).

O atendimento ao cliente é um dos pontos primordiais para determinar o sucesso de uma empresa, e deve ser feito seguindo algumas etapas, para se chegar ao resultado desejado. Assim, o Serviço de Atendimento ao Consumidor inicia a abordagem com a identificação do profissional que está realizando o atendimento, a seguir, realiza-se um diagnóstico analisando no sistema a situação que o cliente relata. O próximo passo é argumentar e conduzir o contato, apresentando os benefícios do serviço ou produto. O importante é realizar os acordos do contrato, deste modo, falar sobre os benefícios e os prazos, assim como o período (FISHER, 2018).

2.7.1 Resolução Normativa nº 395/2016

Com sua publicação em 14 de janeiro de 2016, e entrando em vigor em maio de 2016, a RN nº 395 “dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos

beneficiários, em qualquer modalidade de contratação”; estabelece ainda prazos para a prestação de informações ao consumidor, disciplinando e qualificando o atendimento, e obrigando as operadoras a disponibilizarem canais de contato presencial e telefônico (ANS, 2016).

A Resolução 395/2016 composto por dezoito artigos que têm a finalidade de regular e induzir o aprimoramento do atendimento prestado pelas operadoras de planos de saúde aos beneficiários em suas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial, esclarecendo se há, ou não, cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou no contrato (ANS, 2016).

Na impossibilidade de responder imediatamente às dúvidas dos beneficiários, a Resolução prevê o prazo de até cinco dias úteis para que isso aconteça. Quando se tratar de procedimentos de alta complexidade (APAC) ou de atendimento em regime de internação eletiva, o prazo para resposta é de até dez dias úteis. Já para procedimentos de urgência e emergência, a resposta deve ser imediata e nos casos de negativa de atendimento, a ANS (2016) diz:

“Caso a resposta apresentada negue a realização de procedimentos ou serviços solicitados, o beneficiário deve ser informado, no mesmo momento e detalhadamente, o motivo e o dispositivo legal que a justifique, devendo tais informações serem encaminhadas por escrito ao beneficiário em até 24h, se este solicitar”.

Um ponto a se frisar, é que se o beneficiário não concordar com a negativa da assistência (procedimento ou serviço), ele poderá solicitar uma reanálise da sua solicitação através da ouvidoria da própria operadora. Se está ainda assim se negar ou criar dificuldades, poderá ser enquadrada em infração pela não observância às regras de atendimento aos beneficiários nas solicitações de cobertura assistencial.

A RN nº 395/2016 fala ainda sobre a obrigatoriedade do fornecimento de protocolo no atendimento ao beneficiário, para que seja possível rastrear o tratamento dado às demandas pelas operadoras.

A operadora é o primeiro canal de atendimento do consumidor e ela precisa dar uma resposta rápida e satisfatória ao beneficiário”, destaca a diretora de Fiscalização da ANS, Simone Freire. “Com essas regras, queremos reforçar e disciplinar o atendimento às solicitações de procedimentos e serviços de cobertura assistencial, estimulando os planos de saúde a qualificarem o contato com seus beneficiários, melhorando, de forma geral, o serviço prestado”, completa. Segundo a diretora, transparência, clareza e segurança das informações, presteza e cortesia e

melhoria contínua são as diretrizes que devem orientar o atendimento das operadoras aos beneficiários (ANS, 2016).

Se a Operadora descumprir as regras previstas na RN 395/2016, a mesma estará sujeita a multa, e se a infração se configurar em negativa de atendimento (cobertura), a multa será maior (ANS, 2016).

2.8 Curva ABC

Curva ABC ou Análise de Pareto ou ainda, Regra 80/20, é o nome de um estudo criado por Joseph Moses Juran, consultor da área da qualidade que constatou que 80% dos problemas são causados por 20% dos fatores. A designação PARETO deu-se em homenagem a Vilfredo Pareto, economista italiano que verificou através de um estudo, que 80% da riqueza italiana estava nas mãos de 20% da população (HENRIQUE, 2010).

A metodologia utilizada na Curva ABC dá-se da seguinte forma (HENRIQUE, 2010):

- Classe **A**: a de maior importância, maior valor ou maior quantidade, e que corresponde a 20% do total;
- Classe **B**: a de importância intermediária, também se aplicando para valores ou quantidades, e que corresponde a 30% do total;
- Classe **C**: a de menor importância nesses três itens, correspondendo a 50% do total.

Os parâmetros determinados acima não devem ser vistos como uma regra fixa, matematicamente exata. Eles podem variar percentualmente, de acordo com a organização e atenção na hora de realizar a pesquisa é importantíssimo.

2.8.1. Utilização da Curva ABC

A Curva ABC é mais utilizada no gerenciamento de estoques, para a realização de controle de estoques ou para a redução de custos de uma empresa, sem com isso comprometer a qualidade no atendimento ao cliente.

Pode-se fazer uso da Curva ABC para determinação de causas e efeitos na gestão de qualidade, onde se deseja saber quais causas que geram o maior número de efeitos. Também pode ser utilizada para identificar os melhores clientes de uma empresa, os melhores fornecedores, os problemas mais impactantes, entre outras coisas (HENRIQUE, 2010).

Através do uso da Curva ABC, o gestor terá mais facilidade em controlar seu estoque ou realizar pesquisa de satisfação, por exemplo, por esse motivo é relevante conhecer as variáveis dessa ferramenta (HENRIQUE, 2010).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipos de Pesquisa

De acordo com ROCHA, 2013, o contexto da metodologia Qualitativa e Quantitativa é:

- Metodologia Qualitativa, possui um caráter exploratório onde procura entender, através de pesquisa, o comportamento de determinado segmento ou público, suas particularidades e experiências além de outros aspectos. Assim, suas respostas não são objetivas e os resultados da pesquisa realizada não são verificadas através de números exatos.
- Metodologia Quantitativa, tem como principal foco de pesquisa, quantificar uma determinada situação e não procurar entendê-la. Por esse motivo seus resultados são obtidos em dados numéricos, necessitando assim de um maior número de participantes na pesquisa. Quanto maior o número de informações, menor a probabilidade de erro, sendo utilizados para isso alguns modelos padronizados de investigação (questionários com múltiplas escolhas, por exemplo), esse método é por esse motivo, muito objetivo.

Para o estudo do presente trabalho, de forma a obtermos os dados necessários para embasamento das análises pertinentes, utilizamos a metodologia quantitativa, assim definimos que os dados seriam coletados no período de tempo específico de um ano (01/01/2019 à 31/12/2019).

Aplicamos ainda a metodologia qualitativa, pois os dados coletados no período de tempo estudado (01/01/2019 à 31/12/2019.), foram analisados de forma a entender e identificar a relevância de cada registro, e possibilitar sugestões de melhoria.

Ainda conforme Rocha (2013): “Ao contrário da pesquisa qualitativa, o foco da pesquisa quantitativa é medir ao invés de explorar. Ou seja, o objetivo é quantificar um problema e entender a dimensão dele”.

3.2 Quanto aos objetivos

O presente estudo assume um caráter descritivo, quanto aos procedimentos técnicos de levantamento e de abordagem quantitativa, com pesquisa objetiva realizada com o uso de um *Software* de Gestão do Atendimento, denominado Sistema de Protocolos, no qual são registradas todas as demandas dos beneficiários da operadora e possibilita a gestão das solicitações, reclamações, sugestões e elogios.

A temporalidade será transversal, em uma população amostral definida, com a coleta de dados realizada através do levantamento desses. Assim, o objetivo deste trabalho é delinear o perfil de atendimento de uma operadora de Plano de Saúde.

3.3 Quanto aos procedimentos de coleta de dados

Os dados coletados foram extraídos do Software de Gestão do Atendimento utilizado no SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor em um arquivo de extensão XLS, contendo o registro de 54.703 atendimentos do período de 01/01/2018 à 31/12/2018, os quais foram registrados e identificados por protocolo de atendimento individualizado, nome do beneficiário da operadora, código do cartão do plano e categorização por motivo de atendimento.

3.4 Procedimento de Análise de Dados

Tendo em vista o propósito do presente trabalho de identificar o que leva o beneficiário da operadora estudada a acionar o Serviço de Atendimento ao Consumidor, as informações dos atendimentos levantados como protocolo de atendimento, nome do beneficiário e código de cartão foram desconsideradas. Dessa forma os demais dados foram tratados e consolidados em uma planilha, onde foi realizada a distribuição dos atendimentos por motivo, mês de ocorrência e quantidade, bem como, a classificação dos atendimentos, iniciando da maior para a menor recorrência. Em seguida, aplicou-se o método de categorização, Curva ABC nos dados consolidados, agrupou-se os dados em uma tabela com os motivos

de atendimento categorizados como Curva A, elaborou-se gráficos e com base no referencial teórico foi realizada a análise e interpretação dos dados coletados.

3.5 Local de Estudo

A empresa onde realizou-se o estudo é uma cooperativa de trabalho e assistência médica, e foi fundada em 05 de outubro de 1982, sendo sua sede na cidade de Joinville - SC. Em seu Estatuto Social ficou definido que seria responsável por promover a integração, coordenação e atividades das demais cooperativas médicas de Santa Catarina. Além disso, oferece suporte técnico e financeiro as demais cooperativas integrantes a esse sistema. Trabalha com produtos regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), comercializando planos de saúde de abrangência regional, estadual e nacional. Atualmente conta com 615 colaboradores e 184.434 clientes.

Quanto a área de atendimento, a referida operadora estruturou o seu SAC - no ano de 2006 para oferecer um maior suporte a seus clientes, durante o período de segunda-feira à sexta-feira e sábados das 7 horas às 22 horas. Em decorrência do decreto presidencial de nº 6.523/2008, que fixou normas gerais sobre o SAC, a área de atendimento passou a operar durante 24 horas e sete dias por semana, bem como, ampliou o atendimento às demais cooperativas médicas de Santa Catarina, criando um centro compartilhado de atendimento.

Atualmente, esse centro compartilhado de atendimento possui 42 atendentes e 10 colaboradores, que incluem instrutores, analistas e coordenação que atuam no suporte da equipe e gestão dos atendimentos, totalizando 20 cooperativas atendidas e mais de 25 mil ligações/mês. No entanto, o presente estudo se fixou nos dados coletados de apenas uma operadora integrante ao centro compartilhado de atendimento.

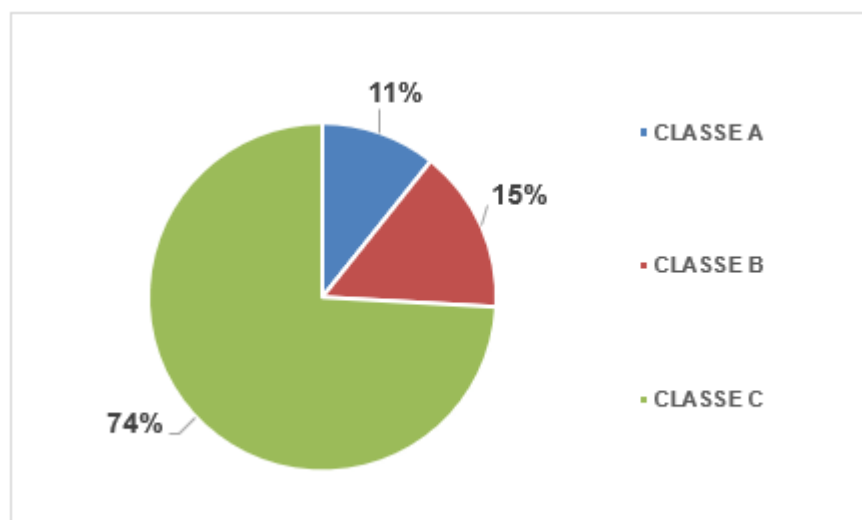
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Levantamento dos motivos de atendimento do SAC

O agrupamento dos dados coletados no SAC da operadora estudada e aplicação do método Curva ABC, que como observado anteriormente, tem como tese a regra de que 80% dos problemas são causados por 20% dos fatores. No caso da operadora estudada, a teoria se aproxima muito da realidade, como podemos ver a seguir. Após o levantamento dos dados, chegou-se a um relatório onde identificou-se a existência de 112 motivos de atendimentos diferentes, representando o total 54.703 atendimentos prestados no ano de 2018, conforme Anexo I.

Ao analisar a distribuição da proporção dos motivos de atendimentos nas curvas A, B e C em relação aos utilizados pelo SAC para classificação de seus atendimentos, identificou-se que a curva A contempla a menor variedade de motivos de atendimento, representando apenas 11% do total de motivos existentes, o que em números reais constitui 12 motivos diferentes de atendimento do total de 112. A curva B representa 15%, sendo 17 motivos diferentes de atendimento e a curva C, retrata o maior percentual dos motivos existentes, representando 74% com 83 motivos diferentes de atendimento, conforme representado no Gráfico I.

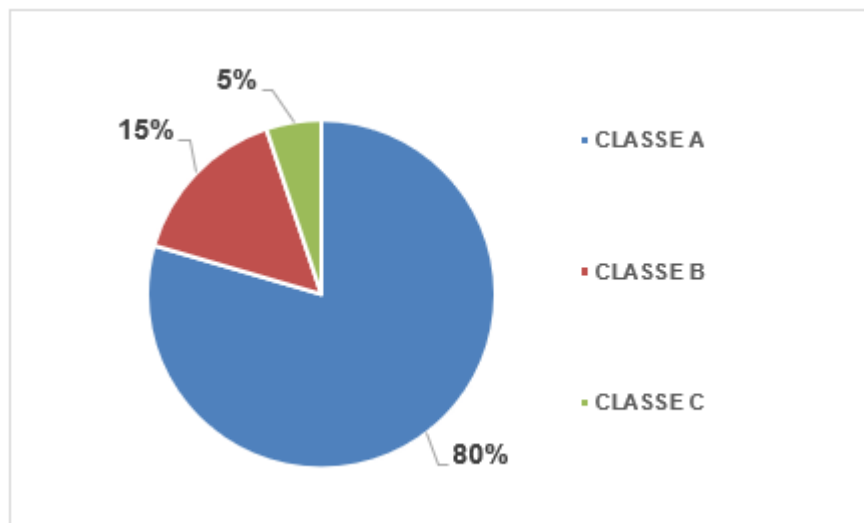
Gráfico I - Proporção por motivos de atendimento na Curva ABC



Fonte: Autores (2019)

No entanto, ao analisar a recorrência dos motivos de atendimento em relação ao número total de atendimentos prestados em 2018 pelo SAC, identificou-se que a Curva A possui uma maior relevância quanto ao volume de atendimentos, representando 80% do total ou 43.493 atendimentos. A curva B representa 15% ou 8.407 atendimentos e a curva C apenas 5% ou 2.803 atendimentos, conforme o Gráfico II

Gráfico II. Proporção do total de atendimentos na Curva ABC



Fonte: Autores (2019)

Considerando que os motivos de atendimento pertencentes a curva A representaram 11% de todos os motivos utilizados pelo SAC para categorização de seus atendimentos, mas em contrapartida é responsável pelo maior fluxo de ligações atendidas pela operadora estudada, totalizando 80% dos atendimentos prestados em 2018, tornou-se de maior relevância para o presente trabalho, o aprofundamento da análise dos motivos da curva A, haja vista sua recorrência, bem como, o maior impacto que medidas administrativas ou gerenciais poderão causar ao SAC e a operadora em eventuais ajustes nos processos ou fluxos relacionados a esses motivos de atendimento.

4.2 Interpretação dos motivos de atendimento da Curva A

Ao analisar a Tabela 1, extraída parcialmente do Anexo I, verifica-se o detalhamento dos motivos de atendimentos classificados como curva A, onde

identifica-se na primeira coluna a existência de 12 motivos diferentes de atendimentos, na segunda coluna a média mensal de atendimentos, na terceira coluna o número anual de atendimentos, a porcentagem individual em relação ao total de 54.703 atendimentos na quarta coluna e a porcentagem acumulada inferior a 80% na quinta coluna, conforme métrica de classificação Curva ABC.

Tabela 1: Motivos de Atendimento da Curva A

ORDEM	MOTIVO DE ATENDIMENTO	MÉDIA	TOTAL	PORCENTAGEM INDIVIDUAL	PORCENTAGEM ACUMULADA	CLASSIFICAÇÃO
1	ORIENTAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - STATUS DA GUIA NO PRAZO	1724	20692	37,83%	37,83%	A
2	ORIENTAÇÃO - CADASTRO - CONFIRMAÇÃO CADASTRAL	547	6562	12,00%	49,82%	A
3	ORIENTAÇÃO - ATENDIMENTO - GUIA MÉDICO	373	4479	8,19%	58,01%	A
4	SOLICITAÇÃO - ATENDIMENTO - AGENDAMENTO RN 259/268	183	2193	4,01%	62,02%	A
5	ORIENTAÇÃO - CADASTRO - OUTROS	164	1968	3,60%	65,62%	A
6	ORIENTAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - COBERTURA CONTRATUAL	122	1462	2,67%	68,29%	A
7	ORIENTAÇÃO - ATENDIMENTO - AGENDAMENTO RN 259/268	95	1141	2,09%	70,37%	A
8	ORIENTAÇÃO - ATENDIMENTO - OUTROS	93	1119	2,05%	72,42%	A
9	ORIENTAÇÃO - FINANCEIRO - REEMBOLSO	85	1020	1,86%	74,28%	A
10	ORIENTAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - OUTROS	83	1000	1,83%	76,11%	A
11	ORIENTAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - COMO SOLICITAR AUTORIZAÇÃO	79	951	1,74%	77,85%	A
12	ORIENTAÇÃO - FINANCEIRO - VALORES DE PROCEDIMENTOS	76	906	1,66%	79,51%	A

Fonte: Autores (2019)

Quanto a interpretação dos motivos de atendimento apurados na Curva A, segue abaixo a explanação detalhada dos fatores que ocasiona a recorrência desses atendimentos no SAC da operadora estudada:

Ordem 1. Orientação - Autorização - Status da Guia no Prazo: esse motivo de atendimento refere-se ao contato dos beneficiários ao SAC para verificar sobre um processo de autorização de atendimento ou procedimento médico solicitado a operadora, que pode estar em andamento, autorizado ou negado. A operadora estudada possui mecanismos de regulação de atendimento sistematizados para garantir a aplicação das regras de negócio que estão pactuadas em contrato, além das regras estabelecidas pela ANS - Agência Nacional de Saúde. Também cabe a operadora auditar os procedimentos solicitados pelos beneficiários a fim de garantir que os mesmos sejam compatíveis com a patologia apresentada durante a solicitação. Dessa forma, para que o beneficiário possa gozar de qualquer tipo de assistência é necessária a autorização da operadora, que emite a senha de liberação em sistema informatizado aos prestadores de serviço em saúde credenciados. O processo de autorização deverá respeitar os prazos preconizados pela Resolução Normativa 395/2016 da ANS, como por exemplo os procedimentos de alta complexidade (APAC) ou de atendimento em regime de

internação eletiva, onde o prazo para resposta é de até dez dias úteis, ocasionando vários contatos do mesmo beneficiário a operadora. É importante ressaltar que esse é o motivo mais relevante de contato de beneficiários à operadoras, representando 37,83% das ligações.

Ordem 2. Orientação - Cadastro - Confirmação Cadastral: trata-se do contato de prestadores de serviços em saúde credenciados a operadora que acionam o SAC para verificar a elegibilidade do beneficiário para o atendimento. A operadora estudada possui mecanismos de regulação de atendimento para aplicação de regras de negócio em sistema informatizado. Portanto, quando identificado em sistema qualquer incompatibilidade para liberação do atendimento, o mesmo emite um alerta visual, motivando o contato do prestador ao SAC da operadora. Os contatos também são realizados em situações de inoperância do sistema de autorização e prestador sem acesso ao sistema. Esse motivo representou 12 % das ligações do SAC.

Ordem 3. Orientação - Atendimento - Guia Médico: a operadora estudada mantém a relação de prestadores de serviços em saúde discriminados no Guia Médico em seu sítio eletrônico, que apresenta a relação de médicos por especialidade, hospitais por tipo de recurso, laboratórios por tipo de procedimento, entre outros. Os beneficiários acionam o SAC para obter os contatos e endereços desses prestadores para atendimento, além de esclarecimentos sobre o recurso adequado para a patologia apresentada. Vale ressaltar que a operadora é obrigada a fornecer todos os esclarecimentos necessários para a assistência aos beneficiários, conforme destaca a diretora de Fiscalização da ANS, Simone Freire, “A operadora é o primeiro canal de atendimento do consumidor e ela precisa dar uma resposta rápida e satisfatória ao beneficiário” (ANS,2016). A representatividade desse motivo de atendimento foi de 8,19%.

Ordem 4. Solicitação - Atendimento - Agendamento RN 259/268: trata-se do contato do beneficiário solicitando auxílio para agendamento em situações de insuficiência de rede ou atendimento fora dos prazos da ANS. Conforme definido pela Agência Nacional de Saúde na Resolução Normativa 259/2011,

“Art. 2º A operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no município onde o beneficiário os demandar,

desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto” .

Diante dessa obrigação legal, a operadora estudada possui um procedimento operacional estruturado para garantir o atendimento ao beneficiário que acioná-la mencionando encontrar dificuldades para obter atendimento com prestadores de serviços de saúde credenciados ou que não disponibilizam atendimentos dentro dos prazos definidos pela ANS. Nesses atendimentos, o SAC realiza o agendamento com profissional credenciado ou não e retorna ao beneficiário com as informações do agendamento. Esse motivo de ligação é o 4º mais importante, representando 4,01% de ligações.

Ordem 5. Orientação - Cadastro - Outros: refere-se a beneficiários que acionam o SAC para obter informações sobre seu plano de saúde, como código do cartão do plano para atendimento, código do cartão do plano de dependente, confirmação de inclusão de dependente, dados sobre a categoria do plano, entre outros. Importante frisar que essas informações também são disponibilizadas no Aplicativo Mobile e Canal de Chatbot da operadora. Corresponde a 3,60% das ligações do SAC.

Ordem 6. Orientação - Autorização - Cobertura Contratual: o beneficiário somente poderá receber atendimento ou realizar procedimentos médicos na rede credenciada da operadora mediante a validação das coberturas do plano contratado e após prévia autorização da mesma. A ANS estabelece as coberturas mínimas obrigatórias que os planos de saúde devem fornecer, porém o beneficiário poderá contratar o plano em modalidades e segmentações distintas. Portanto, esse motivo de atendimento refere-se ao contato dos beneficiários ao SAC da operadora para verificar as coberturas de seu plano de saúde, de acordo com a modalidade e segmentação contratada, para a realização de atendimento ou procedimento médico. Esse é o 7º motivo mais frequente de ligações no SAC, representando 2,67% das ligações.

Ordem 7. Orientação - Atendimento - Agendamento RN 259/268: refere-se a acionamentos de beneficiários ao SAC da operadora para verificar o andamento de sua solicitação de agendamento, quando o mesmo ainda não foi concluído. Como explanado no item Solicitação - Atendimento -Agendamento RN 259/2011, a operadora é obrigada a garantir o atendimento ao beneficiário dentro dos prazos designados pela ANS. Portanto, quando acionado pelo o beneficiário, o

SAC registra a solicitação, realiza o agendamento com o prestador de serviços em saúde ou especialidade solicitado e retorna ao beneficiário. Importante enfatizar que na impossibilidade de responder imediatamente às dúvidas do beneficiário, a Resolução Normativa nº 395 prevê o prazo de até cinco dias úteis para que isso ocorra, portanto, durante esse íterim o beneficiário acaba acionando a operadora para antecipar ou mesmo acompanhar o andamento da sua solicitação. Esse motivo de atendimento compõe 2,09% do total de ligações do SAC.

Ordem 8. Orientação - Atendimento - Outros: esse é um motivo genérico de atendimento, no qual são registradas uma grande diversidade de dúvidas dos beneficiários sobre o plano de saúde, como: solicitação de desbloqueio de cartão do plano, esclarecimentos sobre correspondências enviadas pela operadora, contato de setores administrativos da operadora, solicitação de orçamento para contratação de plano, entre outros. Identificou-se também um número expressivo de atendimentos categorizados de forma inadequada com esse motivo de atendimento, evidenciando uma ausência de padronização na classificação dos atendimentos pela equipe de atendimento do SAC. O fluxo de ligações relacionados a esse motivo representou 2,05% do total.

Ordem 9. Orientação - Financeiro - Reembolso: esse motivo de atendimento refere-se aos contatos de beneficiários para obter informações de como solicitar o pedido de reembolso de atendimentos realizados de forma particular ou esclarecimentos sobre o andamento de um pedido de reembolso pendente. A operadora estudada possui um procedimento operacional sistematizado para solicitações dessa origem, em atenção as exigências da ANS, que estabelece a devolução do valor pago pelo beneficiário em no máximo 30 dias a contar da solicitação formal. No entanto, a operadora é infligida a cumprir essa regra apenas nas situações de ausência de prestador de serviço credenciado a rede de atendimento da operadora ou na ausência de atendimento dentro dos prazos definidos pela ANS. Quanto aos valores, os mesmos estão sujeitos à tabela de preços dos produtos da operadora (JUSBRASIL, 2018). Esse motivo representou 1,86% das ligações.

Ordem 10. Orientação - Autorização - Outros: trata-se de dúvidas gerais realizadas pelos beneficiários ao SAC sobre o processo de autorização, como: motivo da negativa de um atendimento, dúvidas sobre como proceder para revalidação de senha de autorização, prazo máximo para autorização de um

procedimento, entre outros. Como já citado, a operadora em questão disponibiliza Aplicativo Mobile e canal de Chatbot para consulta do andamento de autorizações, no entanto, as ferramentas não fornecem informações pontuais, como as listadas acima. O fluxo de atendimentos relacionados a esse motivo foi de 1,83%.

Ordem 11. Orientação - Autorização - Como Solicitar Autorização: refere-se a questionamentos dos beneficiários ao SAC de como proceder para solicitar a autorização de atendimento ou procedimentos médicos. O beneficiário necessita de autorização prévia para realizar o atendimento médico, sendo a operadora responsável por viabilizar o acesso adequado para a execução desse procedimento, conforme disposições da RN 395/2016,

“dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação”; estabelece ainda prazos para a prestação de informações ao consumidor, disciplinando e qualificando o atendimento, e obrigando as operadoras a disponibilizarem canais de contato presencial e telefônico (ANS, 2016).

A operadora estudada apresenta diversos canais de atendimento para solicitação de autorização, como *e-mail*, *chat online* ou atendimento presencial e esse motivo representou 1,74% das ligações.

Ordem 12. Orientação - Financeiro - Valores de procedimentos: a operadora estudada comercializa planos de saúde com cobrança de coparticipação, que é o valor pago pelo beneficiário à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde. O valor é cobrado posterior a realização do atendimento, diretamente no boleto do plano de saúde do beneficiário. Portanto, os beneficiários acionam o SAC para obter informações sobre os valores que serão cobrados pela realização de procedimentos ou atendimentos, bem como, para solicitar esclarecimento da cobrança de valores de procedimentos ou atendimentos em seu boleto do plano de saúde. O fluxo de ligações relacionados a esse motivo representou 1,66% do total.

4.3 Sugestão à organização para possíveis soluções

Diante da interpretação e elucidação dos motivos de atendimento mais preponderantes do Serviço de Atendimento ao Consumidor presentes na Curva A,

pode-se destacar alguns fatores que potencializam a reincidência desses tipos de acionamento da operadora, como:

- Excesso de burocracia nos processos de atendimento da operadora, que impactam no atendimento dos beneficiários;
- Ausência de divulgação aos beneficiários sobre os fluxos operacionais da operadora, ocasionado dúvidas e equívocos;
- Dificuldade no acesso ao atendimento em decorrência de insuficiência de rede credenciada.
- Divulgação inexpressiva dos canais de atendimento e autoatendimento da operadora.

Contudo, como já mencionado anteriormente, um bom atendimento prevê e antecipa as necessidades de seus clientes, oferecendo-lhes a solução de seus problemas, além de simplificar e abrir canais de contato acessíveis.

Diante dessa observação o Quadro 1 apresenta algumas sugestões de melhoria de processo, fluxo ou gestão que poderão contribuir positivamente para a qualificação da assistência aos beneficiários e redução de atividades administrativas da operadora.

Quadro 1: Rol de Oportunidade de Melhoria

MOTIVO DO ATENDIMENTO	OPORTUNIDADE DE MELHORIA
Orientação - Autorização - Status da Guia no Prazo	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisão das regras de negócio de autorização da operadora, para que os procedimentos médicos de baixa complexidade sejam autorizados automaticamente, facilitando o atendimento ao beneficiário e reduzindo a atividade administrativa da operadora; ● Implantação de sistema de rastreamento de solicitações, que permita ao beneficiário a rastreabilidade de sua demanda de autorização, garantindo-lhe consultar o andamento de seu pedido e evitando a necessidade de acionamentos do SAC. ● Campanha de divulgação junto aos beneficiários, dos canais de autoatendimento; Aplicativo Mobile e Chatbot da operadora, que permitem a consulta de várias informações relacionadas ao plano, como o andamento de um pedido de autorização, evitando a necessidade do contato do beneficiário com a operadora.
Orientação - Cadastro - Confirmação cadastral	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisão das regras de negócio de autorização da operadora para que procedimentos médicos de baixa complexidade seja autorizado automaticamente, viabilizando o atendimento pelos prestadores de serviço de saúde.

Orientação - Atendimento - Guia Médico:	<ul style="list-style-type: none"> • Campanha de divulgação junto aos beneficiários, dos canais de autoatendimento; Aplicativo Mobile e Chatbot da operadora, que permitem a consulta de várias informações relacionadas ao plano, como Guia Médico, evitando a necessidade do contato do beneficiário a operadora. • Implantação de Aplicativo de Agendamento de Consulta, para que o beneficiário possa externalizar o tipo de profissional que necessita e os prestadores de serviço possam capturar essa solicitação, como ocorre com os aplicativos de transporte.
Solicitação - Atendimento - Agendamento RN 259/268	<ul style="list-style-type: none"> • Mapeamento de insuficiência de rede para credenciamento de novos profissionais ou negociação especial com prestadores particulares para agilizar o atendimento ao beneficiário e reduzir os custos assistenciais; • Disponibilização de opção de agendamento decorrente de insuficiência de rede nos canais de autoatendimento; Aplicativo Mobile e Chatbot
Orientação - Cadastro - Outros	<ul style="list-style-type: none"> • Campanha de divulgação junto aos beneficiários, dos canais de autoatendimento; Aplicativo Mobile e Chatbot da operadora, que permitem a consulta cadastral do plano, evitando a necessidade do contato do beneficiário com a operadora.
Orientação - Autorização - Cobertura Contratual	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilização de opção para consulta de coberturas mediante a informação do código do procedimento solicitado nos canais de autoatendimento Aplicativo Mobile e Chatbot, evitando a necessidade do contato do beneficiário com a operadora.
Orientação - Atendimento - Agendamento RN 259/268	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação de sistema de rastreamento de solicitações, que permita ao beneficiário a rastreabilidade de sua demanda de agendamento, garantindo-lhe consultar o andamento de seu pedido e evitando a necessidade de acionamentos do SAC.
Orientação - Atendimento - Outros	<ul style="list-style-type: none"> • Reorganização dos motivos de atendimento, de forma a reduzir o número de variações de motivos de classificação para facilitar a classificação dos atendimentos e evitar equívocos da equipe do SAC.
Orientação - Financeiro - Reembolso	<ul style="list-style-type: none"> • Mapeamento de insuficiência de rede para credenciamento de novos profissionais ou negociação especial com prestadores particulares para agilizar o atendimento ao beneficiário e reduzir os custos assistenciais; • Implantação de sistema de rastreamento de solicitações, que permita ao beneficiário a rastreabilidade de sua demanda de reembolso, garantindo-lhe consultar o andamento de seu pedido e evitando a necessidade de acionamentos do SAC.
Orientação - Autorização - Outros	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de FAQ com perguntas e respostas mais frequentes sobre informações do plano de saúde, como solicitação de autorização, evitando a necessidade de acionamentos do SAC.
Orientação - Autorização - Como Solicitar Autorização	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusão no FAQ com perguntas e respostas mais frequentes sobre informações do plano de saúde, como solicitação de autorização, evitando a necessidade de acionamentos do SAC. • Automatização do Canal de Autorização via WhatsApp, no

	qual o beneficiário pode solicitar uma autorização e que atualmente necessita da intermediação de um atendente para solicitação de uma autorização.
Orientação - Financeiro - Valores de procedimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilização de opção de consulta de valores de procedimento mediante a informação do código do procedimento nos canais de autoatendimento Aplicativo Mobile e Chatbot

Fonte: Autores (2019)

Além das sugestões elencadas no Quadro 1, recomenda-se a operadora estudada a análise para o ingresso ao Programa de Acreditação das Operadoras da ANS, haja vista, o movimento de qualificação que esse Programa estimula dentro da operadora em todos os seus aspectos, tais como: administração, estrutura e operação dos serviços de saúde, desempenho dos estabelecimentos de saúde e profissionais conveniados, além da satisfação de beneficiários.

Outro ponto importante que se identificou foi a ausência de uma proposta de valor estrutura por parte da operadora estudada. Observou-se que a mesma vem mantendo a liderança como a principal operadora de planos de saúde no estado de Santa Catarina e uma das maiores do Brasil, o que lhe coloca em um lugar confortável em relação a concorrência.

No entanto, considerando o cenário atual da saúde suplementar, onde identifica-se clientes cada vez mais críticos e atuantes em relação a busca pelos seus direitos, e do outro lado, uma concorrência preocupada em oferecer serviços e produtos que correspondam com as necessidades do consumidor, faz-se urgente uma atuação mais intensa da operadora estudada em estabelecer sua proposta de valor, a qual deverá corroborar com os interesses de seus beneficiários, trazendo-lhes clareza sobre os benefícios da sua contratação em relação às demais operadoras.

5.CONCLUSÃO

Ao analisar os principais motivos de atendimento do SAC da operadora estudada, onde evidenciou-se que 11% de todos os motivos utilizados pelo SAC para categorização de seus atendimentos, são responsáveis pelo maior fluxo de ligações atendidas, totalizando 80% dos atendimentos prestados em 2018, identificou-se várias evidências do grau de dificuldade que o beneficiário acaba encontrando durante sua jornada de atendimento, justamente para ter acesso aos serviços contratados, o que obviamente é um fator negativo para o conceito geral do mesmo junto a operadora.

Este trabalho possibilita que a operadora tenha uma visão clara e realista das necessidades dos seus beneficiários, o que eles buscam quando necessitam de atendimento e em quais momentos a operadora deverá atuar para melhorar a experiência dos beneficiários. Outrossim, o Rol de Oportunidades de Melhoria apresentado, se configura em um valioso insumo de idéia para a operadora, que poderá ser utilizado como um norteador para futuros ajustes nos processos, procedimentos, fluxos e atendimentos da mesma.

Durante o planejamento deste trabalho, ansiava-se também em colher os dados relacionados a percepção real do beneficiário em relação aos serviços da operadora e do atendimento prestado pelo SAC, por meio de uma pesquisa de satisfação ao final de todos os atendimentos. No entanto, em decorrência da quantidade reduzida de informações coletadas, a análise dessas informações foi inconclusiva, sendo descartadas. Contudo, o propósito de identificar os motivos que levam os beneficiários da operadora estudada a acionar o Serviço de Atendimento ao Cliente, foram atingidos de forma satisfatória.

Destaca-se ainda que os motivos de atendimento apresentados podem ser fragmentados em vários outros sub motivos, permitindo assim um novo estudo, onde caberia uma análise minuciosa dos fatores de atendimento, e adoção de novos procedimentos para os problemas dos beneficiários.

Conclui-se ao final desse estudo, que os processos de uma organização são fundamentais para seu funcionamento e desenvolvimento, desde que não imponham mecanismos que burocratizam e dificultam o atendimento ao seu cliente.

REFERÊNCIAS

ALVES, André Luiz Aidar; WANDER, Alcido Elenor. *UFG, GOIÂNIA - GO - BRASIL. A necessidade de regulação jurídica dos mercados - Apresentação Oral-Estrutura, Evolução e Dinâmica dos Sistemas Agroalimentares e Cadeias Agroindustriais 48º SOBER Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural - 2009*.e- 2009m operação. O sistema de saúde brasileiro seguiu a trajetória de outros países latino-americanos (México, BAGNOLI, Vicente. *Direito Econômico*. Série Leituras Jurídicas Provas e Concursos. 3ª edição. São Paulo: Ed. Atlas, 2008. v. 29 Chile, Argentina e Uruguai.

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de n. 39 de 30 de outubro de 2000**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw>>. Acesso em: 04 set. 2019

_____ **RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 405, DE 09 DE MAIO DE 2016. ANS, 2016.** Disponível em:<<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzl0OA==>> Acesso em: 28 set. 2019

_____ **RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 395, DE 14 DE JANEIRO DE 2016. ANS, 2016.** Disponível em:<<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE2OA==>>. Acesso em: 24 ago. 2019

_____ **RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 277, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2011:** Institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. **ANS, 2019.** Disponível em:<<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTg3Nw==>>. Acesso em: 24 ago. 2019

_____ **Quem somos.** Disponível em:<<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>> Acesso em: 04 set. 2019

_____ **Perfil do setor:** dados gerais. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>> Acesso em: 05 set. 2019

_____ **Relatório de Programa de Qualificação de Operadoras 2018.** Disponível em:<http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/p>

qo2018-ano-base-2017-relatorio-da-qualificacao-operadoras.pdf> Acesso em: 10 set. 2019

_____ **ANS divulga critérios do Fator de Qualidade de 2018. ANS, 2017**

. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/4270-ans-divulga-criterios-do-fator-de-qualidade-de-2018>> Acesso em: 16 set. 2019

_____ **Perguntas e respostas sobre IDSS.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/idss-perguntas-e-respostas.pdf> Acesso em: 16 set. 2019

_____ **QUALISS – Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude>> Acesso em: 16 set. 2019

_____ **Nota Técnica nº 01/2008/GGRIN/DIFIS.** Novas Regras para o SAC entram em Vigor em 1º de dezembro. **ANS, 2008.** Disponível em: <<http://ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/899-novas-regras-para-o-sac-entram-em-vigor-em-1o-de-dezembro>> Acesso em: 23 set. 2019

_____ **Operadoras de Saúde Podem Ampliar Pesquisa de Satisfação com Beneficiários. ANS, 2018.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/4287-operadoras-de-plano-de-saude-podem-aplicar-pesquisa-de-satisfacao-com-beneficiarios>> Acesso em: 27 set. 2019

_____ **Documento técnico para a realização da pesquisa de satisfação de beneficiários de planos de saúde [recurso eletrônico] / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Desenvolvimento Setorial. Diretoria Adjunta. Gerência-Executiva de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial. Coordenadoria de Avaliação e Estímulo à Qualificação e Acreditação de Operadoras. – Rio de Janeiro: ANS, 2017.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2018_8_pesquisa_satisfacao_beneficiario.pdf> Acesso em: 27 set. 2019

_____ **Acreditação de Operadoras.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras>> Acesso em: 27 set. 2019

_____ **Norma da ANS é Reforçada por Decisão do STF. 02/2018.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4328-norma-da-ans-e-reforcada-por-decisao-do-stf>> Acesso em: 27 set. 2019

_____**Novas Regras da ANS obrigam Planos de Saúde a Qualificar Atendimento.** 01/2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/3159-novas-regras-da-ans-obrigam-planos-de-saude-a-qualificar-atendimento>> Acesso em: 27 set. 2019

BAHIA, L. **O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulação.** In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. *Brasil: radiografia da saúde.* Campinas: UNESP, 2001. p. 325–361.

BALDISSERA, Elizandra Lima. **O Atendimento como Diferencial para a Unimed Noroeste/RS a Fidelizar e Ampliar o Número de Clientes.** 2014. 105 f. Pós-Graduação (Lato Sensu em Gestão Estratégica em Cooperativa de Saúde In Company), Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijui), Ijuí, 2014. Disponível em: <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2401/TCC%20parte%20final%20apos%20banca.pdf?sequence=1>> Acesso em: 18 set. 2019

BERRY, L. L.; PARASURAMAN, A. **Serviços de marketing: competindo através da qualidade.** São Paulo: Maltese-Norma, 1992. p. 20-25.
DOC ACADEMY. 23 de julho de 2019. **Como Nasceu a Saúde Complementar no Brasil?** Disponível em: <<https://docacademyblog.com/2019/07/23/como-nasceu-a-saude-suplementar-no-brasil/>> Acesso em: 05 set. 19

FISHER, Vivian. **O que é SAC e qual é seu papel em uma Empresa?** Entenda melhor! Ello de Ideias. 2018 Disponível em: <<http://blog.ellodeideias.com.br/o-que-e-sac-e-qual-o-seu-papel-em-uma-empresa-entenda-melhor/>> Acesso em: 27 set. 2019

GONÇALVES, Fabiana da Silva. **Fidelização do cliente: um diferencial competitivo.** 2009. Disponível em: <<https://administradores.com.br/artigos/fidelizacao-do-cliente-um-diferencial-competitivo>>. Acesso em: 17 set. 2019.

HENRIQUE, Cláudio. **Curva ABC – Análise de Pareto – O que é e como funciona.** Sobre Administração. 2010. Disponível em: <<http://www.sobreadministracao.com/o-que-e-e-como-funciona-a-curva-abc-analise-de-pareto-regra-80-20/>> Acesso em: 30 out. 2019

INTELLIPLAN. **Qualidade na prestação de serviços – Cuidados e oportunidades.** 2019. Disponível em: <<https://www.intelliplan.com.br/qualidade-na-prestacao-de-servicos>>. Acesso em: 16 set. 2019.

JUSBRASIL. **Lei 9656/98.** 2019. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/109979/lei-9656-98>> Acesso em: 16 set. 2019

_____**Lei 6839/80.** 2019. Disponível em:< <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/128305/lei-6839-80>> Acesso em: 16 set. 2019

KOTLER, Philip e ARMSTRONG, Gary. **Princípios do Marketing.** 9ª ed. São Paulo: Editora Prentice Hall, 2003

LIMA, Cecília Pessanha. **Comparando a saúde no Brasil com os países da OCDE: explorando dados de saúde pública.** 2016.p.140. Disponível em:< <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/16503/CeciliaMestrado.pdf?sequence=1&isAllowed=y> > Acesso em: 04 set. 19

OLIVEIRA, Márcio. **Entendendo Corretamente Como Fazer Retenção de Clientes.** Exame Digital, 2016. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/blog/relacionamento-antes-do-marketing/entendendo-corretamente-como-fazer-retencao-de-clientes/>> Acesso em: 19 set. 2019

ONA - ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **O que é acreditação.** 2019. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/acreditacao/o-que-e-acreditacao>>Acesso em: 17 set. 2019

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis Revista [online].** 2008, vol.18, n.4, pp.767-783. ISSN 0103-7331, 2008. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009>>. Acesso em: 04 set. 2019

PIVA, Luciana Cláudia; FUMAGALLI, Luis André Wernecke; BATISTA, Paulo de Paula; SILVA, Wesley Vieira da. **RELAÇÃO ENTRE SATISFAÇÃO, RETENÇÃO E RENTABILIDADE DE CLIENTES NO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE.** Revista de Ciências da Administração v. 9, n. 19, p. 54-80, set./dez. 2007. Disponível em:< <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4002432.pdf>.> Acesso em: 05 set. 2019

ROCHA, Hugo. Klickpages. **O que é Pesquisa Qualitativa, tipos, vantagens, como fazer e exemplos.** 2013. Disponível em:<<https://klickpages.com.br/blog/o-que-e-pesquisa-qualitativa/>> Acesso em: 08 nov. 2019

RONCALLI, A.G. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde.** In: PEREIRA, A. C. (org.). *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde.* Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28-49.

ROSSI, C. A. V.; SLONGO, L. A. **Pesquisa de Satisfação de Clientes: o Estado-da-Arte e Proposição de um Modelo Brasileiro.** Revista de Administração Contemporânea, v. 2, n.1, p. 101-126, Jan./Abr., 1998.

SÁ, Gillielson Maurício Kennedy de. **Plano de saúde: Principais cláusulas abusivas que podem estar presentes no contrato assinado pelo consumidor: Parte 1.** 2018. Disponível em: <<https://gillielson.jusbrasil.com.br/artigos/532334404/plano-de-saude-principais-clausulas-abusivas-que-podem-estar-presentes-no-contrato-assinado-pelo-consumidor-parte-1>>. Acesso em: 08 set. 2019.

SALESFORCE. **Atendimento ao Cliente.** Disponível em: <<https://www.salesforce.com/br/atendimento-ao-cliente/>> Acesso em 17 set. 2019

SALUTIS ADMINISTRADOR DE PLANOS DE SAÚDE. QUALISS – **Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços em Saúde.** Disponível em: <<https://salutis.com.br/noticias-detalhes/281/qualiss-programa-de-qualificacao-de-prestadores-de-servicos-de-saude>> Acesso em: 17 set. 2019

SELLES, Alice; MINADEO, Roberto. **Marketing para Serviços de Saúde: um Manual de Talento e Bom Senso.** Rio de Janeiro. RJ: Cultura Brasil, 2006.

SERASA EXPERIAN, **Indicadores econômicos,** 2019. Disponível em: <<https://www.serasaexperian.com.br/amplie-seus-conhecimentos/indicadores-economicos>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

SOBANSKI, Saulo. **Como reter clientes: 7 super estratégias para combater o churn.** 06 Set 2017. Disponível em: <<https://pipz.com/br/blog/estrategias-para-reter-clientes/>>. Acesso em: 16 set. 2019.

SOUZA, Carolina Beatriz de. A Qualidade na Prestação de Serviço. **Revista Jus Navigandi.** São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/61632/a-qualidade-na-prestacao-de-servico>> Acesso em: 16 set. 2019

SURVEYMONKEY. **Os quatro principais pontos para a excelência em atendimento ao cliente.** 2019. Disponível em: <

<https://pt.surveymonkey.com/mp/4-focal-points-killer-customer-service-3qli/>>.
Acesso em: 17 set. 2019.

ZIROLDO, Rodrigo Romera; GIMENES, Rafaela Okano; JÚNIOR, Clóvis Castelo.
A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil - O Mundo da Saúde, São Paulo - 2013 Disponível em:<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/importancia_saude_suplementar_demanda_prestacao.pdf > Acesso em: 04 set. 19

ANEXO 1

MOTIVO DE ATENDIMENTO	MÉDIA	TOTAL	PORCENTAGEM INDIVIDUAL	PORCENTAGEM ACUMULADA	CLASSIFICAÇÃO
ORIENTAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - STATUS DA GUIA NO PRAZO	1724	20692	37,83%	37,83%	A
ORIENTAÇÃO - CADASTRO - CONFIRMAÇÃO CADASTRAL	547	6562	12,00%	49,82%	A
ORIENTAÇÃO - ATENDIMENTO - GUIA MÉDICO	373	4479	8,19%	58,01%	A
SOLICITAÇÃO - ATENDIMENTO - AGENDAMENTO RN 259/268	183	2193	4,01%	62,02%	A
ORIENTAÇÃO - CADASTRO - OUTROS	164	1968	3,60%	65,62%	A
ORIENTAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - COBERTURA CONTRATUAL	122	1462	2,67%	68,29%	A
ORIENTAÇÃO - ATENDIMENTO - AGENDAMENTO RN 259/268	95	1141	2,09%	70,37%	A
ORIENTAÇÃO - ATENDIMENTO - OUTROS	93	1119	2,05%	72,42%	A
ORIENTAÇÃO - FINANCEIRO - REEMBOLSO	85	1020	1,86%	74,28%	A
ORIENTAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - OUTROS	83	1000	1,83%	76,11%	A
ORIENTAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - COMO SOLICITAR AUTORIZAÇÃO	79	951	1,74%	77,85%	A
ORIENTAÇÃO - FINANCEIRO - VALORES DE PROCEDIMENTOS	76	906	1,66%	79,51%	A
LIGAÇÕES DIVERSAS - QUEDA - QUEDA	65	781	1,43%	80,94%	B
ORIENTAÇÃO - FINANCEIRO - SITUAÇÃO FINANCEIRA	62	745	1,36%	82,30%	B
ORIENTAÇÃO - OUTROS - OUTROS	59	705	1,29%	83,59%	B
ORIENTAÇÃO - FINANCEIRO - SEGUNDA VIA DE BOLETO	58	692	1,27%	84,85%	B
LIGAÇÕES DIVERSAS - ENGANO - ENGANO	51	612	1,12%	85,97%	B
ORIENTAÇÃO - CADASTRO - 1ª/2ª VIA DO CARTÃO	45	543	0,99%	86,96%	B

ORIENTAÇÃO - FINANCEIRO - OUTROS	44	527	0,96%	87,93%	B
ORIENTAÇÃO - COMERCIAL - AQUISIÇÃO DE PLANO	44	524	0,96%	88,88%	B
SOLICITAÇÃO - CADASTRO - CARTA DE CARÊNCIA	42	502	0,92%	89,80%	B
SOLICITAÇÃO - COMERCIAL - AQUISIÇÃO DE PLANO	61	489	0,89%	90,70%	B
SOLICITAÇÃO - CADASTRO - DESBLOQUEIO	34	411	0,75%	91,45%	B
ORIENTAÇÃO - CADASTRO - INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE DEPENDENTE	34	405	0,74%	92,19%	B
LIGAÇÕES DIVERSAS - TESTE - TESTE	27	318	0,58%	92,77%	B
SOLICITAÇÃO - FINANCEIRO - REEMBOLSO	25	301	0,55%	93,32%	B
SOLICITAÇÃO - FINANCEIRO - SEGUNDA VIA DE BOLETO	25	298	0,54%	93,86%	B
SOLICITAÇÃO - CADASTRO - CANCELAMENTO DO PLANO	23	279	0,51%	94,37%	B
ORIENTAÇÃO - FINANCEIRO - RELATÓRIO DE UTILIZAÇÃO DO PLANO	23	275	0,50%	94,88%	B
ORIENTAÇÃO - CADASTRO - CARÊNCIA	20	245	0,45%	95,32%	C
ORIENTAÇÃO - CADASTRO - CARTA DE CARÊNCIA	18	217	0,40%	95,72%	C
ORIENTAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - STATUS DA GUIA FORA DO PRAZO	17	202	0,37%	96,09%	C
ORIENTAÇÃO - CADASTRO - CANCELAMENTO DO PLANO	16	189	0,35%	96,44%	C
ORIENTAÇÃO - FINANCEIRO - DEMONSTRATIVO PARA IR	13	146	0,27%	96,70%	C
ORIENTAÇÃO - FINANCEIRO - PAGAMENTO/ATUALIZAÇÃO BOLETO	9	111	0,20%	96,91%	C
RECLAMAÇÃO - ATENDIMENTO - MÉDICO/PRESTADOR	9	111	0,20%	97,11%	C
SOLICITAÇÃO - FINANCEIRO - OUTROS	9	104	0,19%	97,30%	C

SOLICITAÇÃO - FINANCEIRO - DEMONSTRATIVO PARA IR	15	88	0,16%	97,46%	C
ORIENTAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - REANÁLISE DE GUIA	6	70	0,13%	97,59%	C
SOLICITAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - CIRURGIA	6	69	0,13%	97,71%	C
SOLICITAÇÃO - CADASTRO - OUTROS	6	69	0,13%	97,84%	C
SOLICITAÇÃO - FINANCEIRO - NEGOCIAÇÃO DE DÍVIDAS	6	68	0,12%	97,96%	C
SOLICITAÇÃO - CADASTRO - 1ª/2ª VIA DO CARTÃO	6	66	0,12%	98,08%	C
ORIENTAÇÃO - ATENDIMENTO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	5	65	0,12%	98,20%	C
ORIENTAÇÃO - CADASTRO - MIGRAÇÃO/ADAPTAÇÃO/PORTABILIDADE	5	55	0,10%	98,30%	C
ORIENTAÇÃO - CADASTRO - ALTERAÇÃO DADOS CADASTRAIS	4	49	0,09%	98,39%	C
RECLAMAÇÃO - FINANCEIRO - COBRANÇA MENSAL/COPART	4	45	0,08%	98,48%	C
SOLICITAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - CARTA DE NEGATIVA	4	43	0,08%	98,55%	C
SOLICITAÇÃO - FINANCEIRO - ALTERAÇÃO DADOS BANCÁRIOS (DÉB.AUTOM.)	4	40	0,07%	98,63%	C
SOLICITAÇÃO - FINANCEIRO - RELATÓRIO DE UTILIZAÇÃO DO PLANO	4	40	0,07%	98,70%	C
ORIENTAÇÃO - FINANCEIRO - NEGOCIAÇÃO DE DÍVIDAS	3	38	0,07%	98,77%	C
RECLAMAÇÃO - ATENDIMENTO - UNIMEDS/UNIDADES PRESENCIAL	3	37	0,07%	98,84%	C
ORIENTAÇÃO - FINANCEIRO - REAJUSTE	4	36	0,07%	98,90%	C
ORIENTAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - CARTA DE NEGATIVA	3	35	0,06%	98,97%	C
ORIENTAÇÃO - ATENDIMENTO - HORÁRIO DE ATENDIMENTO	3	34	0,06%	99,03%	C

SOLICITAÇÃO - ATENDIMENTO - WHATSAPP BACKOFFICES	3	34	0,06%	99,09%	C
SOLICITAÇÃO - OUTROS - OUTROS	3	30	0,05%	99,15%	C
ORIENTAÇÃO - CADASTRO - ALTERAÇÃO DE COBERT/ABRANG	3	29	0,05%	99,20%	C
ORIENTAÇÃO - FINANCEIRO - ALTERAÇÃO DADOS BANCÁRIOS (DÉB.AUTOM.)	3	29	0,05%	99,25%	C
SOLICITAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - OUTROS	2	26	0,05%	99,30%	C
ORIENTAÇÃO - CADASTRO - ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO	3	23	0,04%	99,34%	C
RECLAMAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - DEMORA PARA LIBERAÇÃO	2	21	0,04%	99,38%	C
ORIENTAÇÃO - CADASTRO - SEGUNDA VIA DE CONTRATO	3	20	0,04%	99,42%	C
SOLICITAÇÃO - FINANCEIRO - ALTERAÇÃO FORMA PGTO.	2	19	0,03%	99,45%	C
ORIENTAÇÃO - CADASTRO - REATIVAÇÃO DE PLANO	2	18	0,03%	99,48%	C
SOLICITAÇÃO - CADASTRO - ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO	2	18	0,03%	99,52%	C
SOLICITAÇÃO - CADASTRO - INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE DEPENDENTE	2	15	0,03%	99,54%	C
ORIENTAÇÃO - FINANCEIRO - ALTERAÇÃO FORMA PGTO.	2	14	0,03%	99,57%	C
SOLICITAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - EXAMES	2	14	0,03%	99,60%	C
SOLICITAÇÃO - CADASTRO - SEGUNDA VIA DE CONTRATO	2	14	0,03%	99,62%	C
ORIENTAÇÃO - ATENDIMENTO - HOSPITAL DE ALTO CUSTO/TABELA PRÓPRIA	2	11	0,02%	99,64%	C
RECLAMAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - OUTROS	1	11	0,02%	99,66%	C
RECLAMAÇÃO - FINANCEIRO - OUTROS	1	11	0,02%	99,68%	C

RECLAMAÇÃO - FINANCEIRO - SITUAÇÃO FINANCEIRA	2	10	0,02%	99,70%	C
RECLAMAÇÃO - ATENDIMENTO - OUTROS	2	9	0,02%	99,72%	C
RECLAMAÇÃO - FINANCEIRO - REAJUSTE/MULTA INDEVIDO	2	9	0,02%	99,73%	C
SOLICITAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - CONSULTAS	2	9	0,02%	99,75%	C
JURÍDICO - Auto de infração - Ambas	1	8	0,01%	99,76%	C
RECLAMAÇÃO - CADASTRO - OUTROS	1	8	0,01%	99,78%	C
RECLAMAÇÃO - FINANCEIRO - NÃO RECEBIMENTO DO BOLETO	1	8	0,01%	99,79%	C
RECLAMAÇÃO - FINANCEIRO - REEMBOLSO	1	8	0,01%	99,81%	C
LIGAÇÕES DIVERSAS - TROTE - TROTE	2	7	0,01%	99,82%	C
SOLICITAÇÃO - CADASTRO - ALTERAÇÃO DADOS CADASTRAIS	1	7	0,01%	99,83%	C
SOLICITAÇÃO - CADASTRO - ALTERAÇÃO DE COBERT/ABRANG	1	7	0,01%	99,85%	C
SOLICITAÇÃO - CADASTRO - MIGRAÇÃO/ADAPTAÇÃO/PORTABILIDADE	1	7	0,01%	99,86%	C
SOLICITAÇÃO - CONTACT CENTER - GRAVAÇÃO/HISTÓRICO DAS DEMANDAS	1	7	0,01%	99,87%	C
ORIENTAÇÃO - OUTROS - GUIA MÉDICO ONLINE E IMPRESSO	1	6	0,01%	99,88%	C
SOLICITAÇÃO - CADASTRO - CORREÇÃO DOS DADOS DO CARTÃO	2	6	0,01%	99,89%	C
SOLICITAÇÃO - FINANCEIRO - ALTERAÇÃO DE VENCIMENTOS	1	6	0,01%	99,90%	C
SOLICITAÇÃO - CADASTRO - ALTERAÇÃO FORMA PGTO.	1	5	0,01%	99,91%	C
ELOGIO / AGRADECIMENTO - ATENDIMENTO - OUTROS	2	4	0,01%	99,92%	C

RECLAMAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - NEGATIVA DE PROCEDIMENTO	1	4	0,01%	99,93%	C
SOLICITAÇÃO - CADASTRO - REATIVAÇÃO DE PLANO	1	4	0,01%	99,94%	C
ELOGIO / AGRADECIMENTO - ATENDIMENTO - COLABORADOR	1	3	0,01%	99,94%	C
RECLAMAÇÃO - CADASTRO - ALTERAÇÃO DO PLANO	3	3	0,01%	99,95%	C
ELOGIO / AGRADECIMENTO - ATENDIMENTO - MÉDICO COOPERADO	1	2	0,00%	99,95%	C
ELOGIO / AGRADECIMENTO - ATENDIMENTO - UNIMED	1	2	0,00%	99,95%	C
ORIENTAÇÃO - FINANCEIRO - ALTERAÇÃO DE VENCIMENTOS	1	2	0,00%	99,96%	C
RECLAMAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - DEMORA NA REANÁLISE DE GUIA	1	2	0,00%	99,96%	C
RECLAMAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - DEMORA PARA RECEBER A CARTA DE NEGATIVA	1	2	0,00%	99,97%	C
RECLAMAÇÃO - CADASTRO - CARÊNCIA/CPT INDEVIDA	1	2	0,00%	99,97%	C
RECLAMAÇÃO - CADASTRO - COBERTURA CONTRATUAL	1	2	0,00%	99,97%	C
RECLAMAÇÃO - CONTACT CENTER - SAC	1	2	0,00%	99,98%	C
RECLAMAÇÃO - OUTROS - OUTROS	1	2	0,00%	99,98%	C
SOLICITAÇÃO - AUTORIZAÇÃO - URG.EMERG	1	2	0,00%	99,98%	C
SOLICITAÇÃO - CONTACT CENTER - OUTROS	1	2	0,00%	99,99%	C
SOLICITAÇÃO - FINANCEIRO - REVISÃO DE REAJUSTE	1	2	0,00%	99,99%	C
JURÍDICO - Ação Judicial - Ambas	1	1	0,00%	99,99%	C
JURÍDICO - Auto de infração - Assistencial	1	1	0,00%	99,99%	C

ORIENTAÇÃO - ATENDIMENTO - STATUS DA GUIA NO PRAZO	1	1	0,00%	100,00%	C
RECLAMAÇÃO - CADASTRO - EXCLUSÃO INDEVIDA	1	1	0,00%	100,00%	C
RECLAMAÇÃO - FINANCEIRO - DEMONSTRATIVO PARA IR	1	1	0,00%	100,00%	C