



Fatores críticos de sucesso na gerência de planos e seguros saúde, a dinâmica do mercado de saúde suplementar. A qualidade do serviço na ótica do consumidor e na ótica da operadora.

Gustavo Tavares da Cunha Mello *
Ricardo Fontenele**

Latec, Mestrado de Sistemas de Gestão, Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Síntese (Abstract)

Este estudo analisa os fatores críticos de sucesso dos planos e seguros de saúde, preocupando-se com a qualidade oferecida na ótica das operadoras em contranítência à qualidade percebida pelos segurados, buscando apontar a visão ex ante e ex post dos agentes envolvidos neste mercado. Esta pesquisa também verifica as mudanças no cenário anterior e posterior a regulamentação através da Lei 9.656/98, que regulamenta o setor, e a influência deste ambiente mercadológico ao volume de clientes insatisfeitos. Segundo a Secretaria de Estado de Defesa do Consumidor, através do Procon (órgão governamental de proteção e defesa do consumidor), os planos e seguros de saúde estão em oitavo lugar no ranking de reclamações dos consumidores, mas certamente poderiam estar no quinto lugar caso não houvesse três grupos genéricos de “produtos”, “serviços” e “outros”, respectivamente no segundo, terceiro e sétimo lugar em quantidade de clientes insatisfeitos, pois estes aglutinam uma infinidade de diferentes empresas e natureza de negócios. A relevância deste tema sobre a gestão da qualidade nos planos e seguros de saúde é proporcional à quantidade de processos e reclamações que diariamente se acumulam nos órgãos públicos de defesa do consumidor e nos tribunais. Algumas sugestões e soluções genéricas para o controle de pontos críticos são apontadas neste trabalho.

Palavras chaves: planos e seguros de saúde; qualidade nas operadoras de saúde privada.

1) introdução

O seguro saúde foi instituído no Decreto Lei nº 73 de 1966¹, em seu artigo nº 129. Porém era vedado às seguradoras acumularem assistência financeira com assistência médico-hospitalar, portanto, as seguradoras ofereciam planos com o sistema de livre-escolha através de reembolso em detrimento de possuir uma rede de médicos e hospitais conveniados. As seguradoras também sempre sofreram uma severa fiscalização e regulamentação através do CNSP, Conselho Nacional de Seguros Privados, e da SUSEP, Superintendência de Seguros Privados e Capitalização, órgãos atualmente do Ministério da Fazenda transferidos, em 1979², do Ministério da Indústria e Comércio. A regulamentação e fiscalização fizeram com que os planos oferecidos tivessem uma cobertura mais abrangente e conseqüentemente um preço superior aos planos assistenciais que não eram regulamentados. Antes de

* Tel.: (0xx21) 2533-4108; E-mail: gustavo@correctaseguros.com.br

** Tel.: (0xx21) 99763330; E-mail: ricardo.fontenele@br.bureauveritas.com

1988 as seguradoras seguiam as exigências e normas do Decreto Lei nº 73/66. Em 1988 o CNSP regulamentou o seguro de saúde através da Resolução 16/88³, que em seu artigo 7º permitiu às seguradoras, desde que preservada a livre escolha de médicos e hospitais, estabelecer acordos e convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares nascendo assim à opção de rede conveniada também nos seguros-saúde. Em 1992 a entidade de classe que defende os interesses das seguradoras, a Federação Nacional das Empresas Seguradoras e de Capitalização, Fenaseg, publicou a *Carta de Brasília*⁴ reclamando, entre outras questões, por uma igualdade na concorrência entre seguros e planos de saúde. Iniciava-se uma campanha que culminaria na regulamentação de todo o setor de saúde privada através da Lei 9.656 em 1998.

As cooperativas de médicos com objetivo de prestar serviços assistenciais na área de saúde surgiram em 18 de dezembro de 1967 com a cooperativa Unimed de Santos⁵. Em 1971 surge a Confederação das Unimeds do Estado de São Paulo, integrando as diversas singulares Unimeds em todo o Estado. Em 1975⁶ surgiu a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas que congrega todas as Unimeds do Brasil. Durante todo esse processo, esse sistema obteve uma razoável expansão e hoje somam mais de 300⁷ cooperativas espalhadas pelo Brasil. As cooperativas se caracterizam por entidades sem fins lucrativos, às quais a legislação permitiu o vínculo de assistência médico hospitalar, ou seja, operam através de rede credenciada de serviços médicos e hospitalares dentre os quais o cliente deverá escolher um médico credenciado para receber a assistência. Em contrapartida a Lei proibiu a operação financeira através de reembolso impedindo assim a opção de livre escolha de médicos e hospitais característica das seguradoras. Como jamais tiveram uma regulamentação ou fiscalização os planos oferecidos pelas diversas singulares Unimeds diferem muito um do outro. Existem casos de exclusão para cirurgias cardíacas embora cubra consultas ao Cardiologista. A administração estanque das singulares é ocultada nas campanhas de marketing de forma que os clientes supõem ser a Unimed uma única empresa, o que dificulta o entendimento das diversidades de atendimento e coberturas.

A medicina de grupo⁸ é um sistema de administração de serviços médico-hospitalares para atendimento em larga escala com bom padrão profissional e custos controlados. Também se caracteriza como entidade assistencial sem fins lucrativos, logo opera através de médicos contratados e credenciados, em hospitais próprios ou credenciados. A medicina de grupo surgiu na década de 60, no ABC paulista, para atender a classe trabalhadora mediante o sistema convênio-empresa⁹. Em 1966 foi criada a Abramge, Associação Brasileira de Medicina de Grupo, que congrega atualmente 300 empresas associadas. Da mesma forma que as cooperativas não havia, antes de 1998, uma regulamentação e assim as medicinas de grupo também possuíam diferentes coberturas entre si.

Sendo assim a diferença¹⁰ entre planos de saúde e seguros-saúde consiste em que os primeiros, planos de saúde, limitam o consumidor à utilização dos profissionais e estabelecimentos credenciados pela operadora – seja uma cooperativa ou medicina de grupo – ao passo que no seguro-saúde existe a livre escolha que dá opção ao consumidor de selecionar entre um médico credenciado sem efetuar desembolso, ou solicitar o reembolso de despesa em qualquer outro médico de sua preferência. Vale lembrar que o reembolso das seguradoras segue uma tabela média de custos médico-hospitalares com limites próprios. Outra distinção ocorre na regulamentação, até 1998 apenas as seguradoras possuíam normas e padrões de coberturas e serviços.

Até 1998 o cenário¹¹ era de um mercado não regulamentado, as empresas cooperativas e medicinas de grupo se organizavam livremente submetendo-se unicamente a legislação do tipo societário escolhido. Definiam livremente o produto que pretendiam oferecer suas condições de operação e preço. Tínhamos o que a ANS convencionou chamar de modelo clássico de gestão: maiores restrições de acesso, cancelamento de contratos dos doentes crônicos ou exclusão por elevação de

* Tel.: (0xx21) 2533-4108; E-mail: gustavo@correctaseguros.com.br

** Tel.: (0xx21) 99763330; E-mail: ricardo.fontenele@br.bureauveritas.com

preços dos idosos, carências longas, baixos níveis de cobertura, elevações de preços nos desequilíbrios da carteira de segurados, fortes campanhas de vendas.

A Constituição de 1988¹² criou o SUS, Sistema Único de Saúde, definindo em seu artigo 196: “a saúde é direito de todos e dever do estado”, e em seu artigo 197 complementa: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.” garante assim a saúde como universal, integral e gratuita. A mesma carta magna, em seu artigo 199 prevê: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.”, permitindo assim de forma complementar a existência de empresas privadas comercializando o atendimento à saúde porém carente de uma regulamentação posterior. Em 1989 o senador Iran Saraiva cria um projeto de lei para regulamentar a saúde privada. Em 11 de setembro de 1990 se promulgou a Lei nº 8.078, o Código de Defesa do Consumidor, que protegeu o consumidor da operação desmedida das empresas de saúde privadas.

Durante todo esse período com um ambiente não regulamentado houve um acúmulo de processos no judiciário em que os clientes reclamavam sobre exclusões de tratamentos, cancelamentos de contratos, entre outras questões contra as operadoras de saúde que respondiam a inúmeras queixas dos seus segurados. Ou seja, era fundamental que o Estado normatizasse esse mercado em prol da sociedade. Felizmente, dez anos depois da Constituinte, em 3 de junho de 1998, finalmente foi promulgada a Lei 9.656/98¹³ regulamentando o setor de saúde privada.

A Lei 9.656/98 trouxe uma série de medidas que beneficiou ao consumidor: estabeleceu um plano de referência que funciona como um limite mínimo de cobertura que deve ser oferecido por todos os planos e seguros comercializados após janeiro de 1999, unificou as categorias de faixas etárias definindo que a maior faixa não poderá ter seu preço superior em mais que sete vezes o preço da menor faixa; proibiu a recusa de clientes portadores de moléstia; proibiu o cancelamento unilateral das operadoras; estabeleceu os períodos de carência máxima permitidos; regulamentou a questão das doenças preexistentes à assinatura do contrato. A lei também instituiu a exigência de comprovação de solidez financeira das operadoras, e criou a ANS, agência governamental para fiscalizar e normatizar o setor. A regulamentação veio assim pacificar uma série de conflitos existentes na relação entre segurado e operadora. Porém, as queixas e reclamações dos consumidores e usuários destes serviços infelizmente estavam longe de acabar.

2) Formulação da situação problema:

Os planos e seguros de saúde estão entre os oito maiores segmentos de reclamações, desde que o órgão de proteção e defesa do consumidor criou o banco de dados com as reclamações recebidas no Estado do Rio de Janeiro, em 14 de maio de 2001, ou seja, exatamente um ano e meio da data em que esta pesquisa foi feita. O setor de saúde privada faz parte de um grupo juntamente com previdência privada, ambos setores receberam 1520 reclamações durante este ano e meio analisado. O segundo colocado é o subgrupo “produto”, o terceiro colocado é o subgrupo “serviço” e o sétimo colocado é “outros”, considerando que todos estes são subgrupos bem abrangentes e genéricos podemos supor com razoável possibilidade de acerto que “planos e seguros de saúde” provavelmente está, não em oitavo setor no ranking de reclamações que por si só já indica a necessidade de um estudo sobre a gestão da qualidade nas operadoras de saúde, mas sim numa situação ainda mais grave entre os cinco setores campeões de reclamação no Estado do Rio de Janeiro.

TABELA 1: PROCON – SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

SETOR:	QUANTIDADE DE RECLAMAÇÕES:
Telefonia	28.711
Produto	10.674
Serviço	7.897
Cartão de crédito	7.340
Bancos e financeiras	7.243
Serviço público	4.683
Outros	4.568
Seguro saúde	1.532
Seguradora	508
Hotéis e agências de viagem	177
Total	73.333

Fonte: Procon

Além do Procon, o governo possui um órgão fiscalizador específico do mercado de saúde privada, cabendo-lhe: autorizar o funcionamento de companhias seguradoras de saúde, planos de saúde, cooperativas de saúde, regulamentar as operações; fiscalizar as empresas do setor, intervindo ou promovendo liquidação quando necessário. Trata-se da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS, que também recebe reclamações e registra denúncias que julga procedente na defesa dos interesses dos consumidores de planos e seguros de saúde. Em nossa pesquisa junto a ANS utilizamos como amostra os dados do Estado do Rio de Janeiro onde, entre janeiro de 1997 e novembro de 2002, foram registradas 2.378 reclamações, conforme se observa na tabela 2. Em nosso trabalho classificamos qualitativamente estas reclamações que servem como excelentes indicadores dos pontos críticos no processo de prestação de serviço de saúde.

TABELA 2 – ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR:

RECLAMAÇÃO	QUANT.	% TOTAL
Reajuste de preços	1021	45%
Redução ou alteração de rede hospitalar, clínicas, laboratórios e médicos *	479	21%
Limitação de coberturas / exclusões de coberturas	403	18%
Registros da operadora na ANS	116	5%
Descumprimento de contrato; suspensão ou rescisão de contrato	99	4%
Alegação de fraude; Declaração de saúde; cobertura parcial temporária	60	3%
Reembolso por livre escolha	31	1%
Carência (recontagem; períodos máximos; inclusão de dependente)	29	1%
Atendimento de urgência e emergência	24	1%
Interrupção de internação hospitalar	12	1%
Demitidos e Aposentados e a manutenção no contrato	11	0%
Abrangência geográfica do plano – cobertura quando fora da cidade do contrato	5	0%
Outros	88	4%
TOTAL	2.378	100%

* é relevante o fato da negativa por parte do hospital alegando o não recebimento de pagamento da operadora.

FONTE: ANS - período de 01/01/1997 a 12/11/2002

Conforme os dados da ANS, o Estado do Rio de Janeiro possui uma cobertura de 23,48% de sua população nos seguros e planos de saúde, que significam 3.379.073 segurados em uma população de 14.391.282 habitantes. A região sudeste corresponde a 62% das empresas operadoras de saúde privada e por 77% dos consumidores de planos e seguros saúde que totalizam no Brasil 26,4 milhões de

pessoas. Sendo assim nossa amostra do Estado do Rio de Janeiro, contendo 12,79% dos segurados, é apropriada para representar o universo total dos consumidores brasileiros de planos e seguros de saúde.

Analisamos as reclamações feitas a ANS no Estado do Rio de Janeiro, conforme se depreende na tabela 1 a seguir. Levantamos que os seguintes tipos de reclamação: reajuste de preços, redução de rede credenciada de médicos e hospitais e a limitação das coberturas são responsáveis por 84% das reclamações. Surpreendentemente notamos que questões supostamente mais complicadas e litigiosas como carências, doenças preexistentes não declaradas e sua respectiva cobertura parcial temporária somente são responsáveis por 4% das reclamações. Além do Procon e da ANS, também levantamos dados no Superior Tribunal de Justiça, procurando todos os processos disponíveis contra planos e seguros de saúde, como apresentamos na tabela 3.

No caso de julgados do STJ, os principais motivos de conflitos entre as operadoras e os consumidores, conforme tabela 3 são as reclamações por: limitação de cobertura, declaração de saúde / exame prévio, reajuste de preços e a interrupção de internação que juntas são responsáveis por 79% das demandas encontradas nos processos.

Como se verifica, todos os órgãos pesquisados seguem uma rotina semelhante de tipos de reclamação mais frequentes dos consumidores de planos e seguros de saúde. A relevância deste tema sobre a gestão da qualidade nos planos e seguros de saúde é proporcional à quantidade de processos e reclamações que diariamente se acumulam nos órgãos públicos de defesa do consumidor e nos tribunais.

TABELA 3 – SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA:

RECLAMAÇÃO	QUANTIDADE	% TOTAL
Limitação de coberturas	22	26
Declaração de saúde; exame prévio	21	24
Reajuste de preços	13	15
Interrupção de internação	12	14
Faturamento de serviços	5	6
Atendimento de urgência e emergência	2	2
Cooperativas médicas	2	2
Outros	9	11
TOTAL	86	100%

FONTE: internet - www.stj.gov.br (jurisprudências / inteiro teor) – em 30/11/02

3) Referencial teórico – tratando da qualidade

Os clientes são a razão de ser da organização e, em função disto, suas necessidades devem ser identificadas, entendidas e utilizadas para que os produtos possam ser desenvolvidos, criando o valor necessário para conquistá-los e retê-los¹⁴. Desta maneira, a forma como a organização identifica, compreende e monitora as necessidades dos clientes e mercados, atuais e potenciais, e ex-clientes de forma a se antecipar e desenvolver novas oportunidades torna-se fundamental para o sucesso de um sistema de gestão¹⁵.

A qualidade dos produtos é julgada pelos clientes a partir de suas próprias percepções. Essas percepções se formam por meio de características e atributos, que adicionam valor para os clientes, intensificam sua satisfação, determinam sua preferência e os tornam fiéis à marca, ao produto ou à

organização. A gestão centrada nos clientes é um conceito estratégico voltado para a retenção e conquista de clientes ¹⁶.

Como forma de gerenciar as reclamações e determinar o grau de satisfação ou insatisfação e a fidelidade dos clientes torna-se fundamental definir claramente como as reclamações ou sugestões dos clientes serão tratadas, bem como a respectiva comparação da satisfação e fidelidade com relação aos clientes dos concorrentes; como as informações obtidas dos clientes são utilizadas para intensificar o grau de satisfação e obter referências positivas, considerando como os enfoques variam em função das peculiaridades dos diferentes grupos de clientes e segmentos de mercados ¹⁷.

Adicionalmente é necessário definir como a organização gerencia as informações comparativas pertinentes utilizadas para apoiar a análise crítica do desempenho global a tomada de decisões e a melhoria e inovação das práticas de gestão da organização; definindo critérios para definir a pertinência das informações comparativas; como são obtidas as informações comparativas pertinentes, de dentro e fora dos ramos de atividade e dos mercados de atuação da organização necessárias à tomada de decisões e à promoção de melhorias e inovações ¹⁸.

Ainda considerando os requisitos normativos, previstos na norma ISO 9001:2000¹⁹, aplicáveis ao nosso problema em estudo, podemos destacar:

❖ Item 5.2 – Foco no cliente:

A alta administração deve assegurar que as requisições do cliente são determinadas e atendidas com o propósito de aumentar a satisfação do mesmo.

❖ Item 7.2.2 – Análise Crítica dos requisitos relacionados ao produto:

A organização deve analisar criticamente os requisitos relacionados ao produto ou serviço. Esta análise crítica deve ser realizada antes da organização assumir o compromisso de fornecer um produto ou serviço para o cliente, e deve assegurar que os requisitos do produto ou serviço estão definidos; os requisitos de contrato que difiram daqueles previamente manifestados estão resolvidos; e que a organização tem capacidade para atender aos requisitos definidos. No caso específico de seguros e planos de saúde, os requisitos serão no mínimo os obrigatórios exigidos por Lei.

❖ Item 7.2.3 - Comunicação com o cliente:

A organização deve determinar e tomar providências eficazes para se comunicar com os clientes em relação à “realimentação” do cliente, incluindo suas reclamações.

❖ Item 8.2.1 – Satisfação dos Clientes:

Como uma das medições do desempenho do sistema de gestão da qualidade, a organização deve monitorar informações relativas à percepção do cliente, sobre se a própria organização atendeu as suas requisições.

4) Objetivos, delimitação e importância do estudo:

Neste artigo procuraremos analisar, como as mudanças no cenário anterior, já na vigência do Código de Defesa do Consumidor, e posterior a regulamentação do mercado de saúde suplementar, através e da Lei 9.656/98, pôde influenciar no volume de clientes insatisfeitos. Por exemplo, as cláusulas abusivas de limitação de coberturas e limites de internação já foram tratadas formando jurisprudência e mais recentemente foram regulamentadas na lei citada. Portanto, contratos novos ou

velhos, anteriores ou posteriores à lei 9.656/98, todos deveriam anular suas cláusulas consideradas abusivas.

As dimensões da qualidade descritas nas reclamações feitas junto a ANS e jurisprudências definidas pelo STJ constituem-se em formidável fonte de informação dos fatores críticos de sucesso dos planos e seguros saúde, sob o enfoque da Qualidade de Serviço oferecida na ótica das operadoras em contraposição à Qualidade do Serviço efetivamente prestada percebida pelos segurados.

Identificamos uma série de hipóteses que tentam encontrar uma explicação para estas demandas não atendidas dos consumidores e usuários, que serão testadas a partir de questionários previamente elaborados a partir de entrevistas não estruturadas, em profundidade e do tipo dirigidas, aplicadas aos principais prestadores destes Serviços de Saúde Suplementar, de modo a confirmar ou rejeitar as hipóteses estabelecidas. Desta forma algumas sugestões e soluções genéricas para o controle destes fatores críticos de sucesso serão apontadas na conclusão deste trabalho.

Adicionalmente, o questionário foi estruturado de forma a permitir mensurar quantitativamente, através de valores numéricos preestabelecidos, cada uma das dimensões da qualidade elencadas como significativas de pesquisa, de forma a avaliar a importância que os entrevistados consideram para cada uma das dimensões, e sua percepção da performance atual do serviço prestado. Desta forma será possível identificar quais são as dimensões que possuem um alto potencial de alavancagem da performance da gestão, buscando alcançar a satisfação dos clientes.

Não tratamos aqui dos motivos pelos quais as operadoras de saúde privadas utilizam-se de determinada gestão empresarial, mas apenas de constatar se a atual forma de gestão gera a insatisfação dos clientes, se há uma correlação entre a prática da operadora e a reclamação do segurado, e ainda apontar quais são os fatores críticos de sucesso na gestão dessas organizações.

Por motivos de ausência de patrocínio, a nossa amostra se limitou ao Estado do Rio de Janeiro, que consideramos suficiente e representativa, como veremos no item metodologia. Se adicionássemos o Estado de São Paulo em nossa coleta de dados, elevaríamos a representatividade da amostra, mas isso apenas confirmaria nossos resultados, uma vez que nossa amostra já é suficientemente representativa.

5) Formulação das hipóteses

Muito embora possamos supor que o advento da regulamentação venha reduzir, ao longo dos anos, os problemas e as reclamações dos consumidores, observamos que a própria ANS e Procon, como apresentado na formulação do problema, continuam sendo palco de demandas dos clientes das operadoras de saúde privadas.

Essa pesquisa busca responder as seguintes questões:

- 1) Porque ainda existem tantas reclamações?
- 2) Uma vez classificadas e conhecidas as reclamações, quais são os fatores críticos para que uma operadora possa garantir a qualidade de seus serviços?

Com esses objetivos, baseados na teoria existente a respeito da matéria, bem como nos dados coletados junto aos órgãos oficiais procuramos identificar falhas no sistema de gestão da qualidade do serviço prestado que poderiam ser generalizadas, como fatores críticos de sucesso (drivers) causadores desta baixa performance. Propondo então as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – Cláusula de preexistência – as seguradoras ainda não modernizaram sua operação no que diz respeito à preexistência após a regulamentação, de forma que ainda utilizam a mesma cláusula existente antes até do Código de Defesa do Consumidor. A cláusula é inócua, uma vez que não tendo feito no cliente exame médico prévio à adesão do contrato, não há que se alegar preexistência para negar pagamento em sinistro posterior. Trata-se de letra morta, já pacificada na jurisprudência desde o advento do Código de defesa do Consumidor. Ainda nesta hipótese, estamos supondo que as operadoras possuem um único questionário, aplicado na contratação do serviço, padrão para todos os clientes e não diferenciando-os pela sua faixa etária, sexo ou se fumam, impedindo assim uma análise criteriosa do risco na entrada do plano e conseqüentemente inviabilizando a solicitação de exames médicos prévios.

Hipótese 2 – Existe uma divergência entre a percepção do serviço prestado na ótica do cliente e na ótica da operadora. Uma discrepância entre o que o mercado percebe e o que a operadora imagina que está oferecendo.

Hipótese 3 – Algumas vendas criam expectativas erradas nos consumidores, sendo assim acreditamos que as operadoras não selecionam e nem preparam seus vendedores. Não há exigência de teste para um vendedor se credenciar em uma operadora, tampouco existe uma reavaliação ou treinamento sazonal para reciclagem desses profissionais. O resultado disso são vendas mal feitas e conseqüentemente clientes com esperanças mal trabalhadas.

Hipótese 4 – A operadora não faz manutenção de seus clientes. Não há uma rotina de procurar o segurado e avaliar sua satisfação com o serviço prestado.

Hipótese 5 – Não há fidelização de clientes. As operadoras não procuram os clientes que cancelam seus contratos buscando saber o que o levou a se desligar da empresa. Não há uma pesquisa para se conhecer e corrigir os eventuais erros na gestão.

Hipótese 6 – As seguradoras não tratam seus reajustes de forma pró-ativa, evitando contato com os clientes para explicar os aumentos. Os aumentos são ocultados na venda, e sempre colocados em segundo plano durante a administração do serviço. Os clientes quando recebem os reajustes são surpreendidos, e geralmente são avisados no mesmo mês do aumento de preços.

Hipótese 7 – As cláusulas abusivas de limitação de coberturas já foram tratadas pela jurisprudência e regulamentadas em lei. Portanto, contratos novos ou velhos, anteriores ou posteriores à lei 9.656/98, todos devem anular suas cláusulas abusivas. Nossa hipótese é de que nenhuma operadora procura seus clientes para informar a nulidade de algumas de suas cláusulas, tampouco reescrevem os contratos, eliminando as cláusulas nulas, e enviam a seus segurados. Essa prática pode ter um interesse escuso por trás ou simplesmente uma falha na gestão.

Hipótese 8 – As operadoras procrastinam seus pagamentos deliberadamente, mesmo em situações semelhantes a julgados perdidos, a operadora não modifica seus procedimentos internos após derrota no poder judiciário. Provocando que reclamações idênticas se perpetuem em conflitos sucessivos ao invés de se corrigir desvios e melhorando a qualidade do serviço.

6) Metodologia

i) Tipo de pesquisa e objetivos

O artigo tenta descobrir a validade ou não das hipóteses anteriormente descritas, ou em outras palavras explora como os fatores críticos de sucesso das operadoras de saúde, em padrões de excelência

de gestão, são trabalhados pelas operadoras do mercado de saúde suplementar. Para isso entrevistamos pelo menos um executivo, da gerência ou superior, das empresas operadoras de saúde privada.

Na entrevista aplicamos um questionário, qualitativo em profundidade, onde este por si só formou o núcleo para nossa análise. Geralmente os questionários cumprem pelo menos duas funções: descrever as características e medir determinadas variáveis de um grupo social²⁰. Esse questionário foi baseado em informações prévias consistentes²¹. Esta relevância foi estabelecida a partir de uma variante do Método de Incidente Crítico, no qual a partir de entrevistas com os clientes será a base para a formulação das perguntas dos Questionários de Satisfação dos Clientes²², sendo que em nosso caso substituímos pelas evidências das reclamações feitas pelos consumidores e usuários ao órgão de defesa do consumidor, ao órgão fiscalizador governamental e julgados do Supremo Tribunal de Justiça. De qualquer modo vale lembrar que deste questionário dependem os resultados da coleta dos fatos obtidos, portanto o processo de elaboração foi muito bem cuidado, adequando as técnicas aos objetivos do trabalho²³.

Uma entrevista construída com perguntas e respostas pré-formuladas denomina-se entrevista estruturada, usualmente chamada de questionário. Um instrumento de coleta de dados desse tipo necessariamente pressupõe o conhecimento das perguntas mais relevantes, e o que é mais importante, pressupõe o conhecimento das principais respostas fornecidas pelas pessoas. Deve estar claro que, à medida que o pesquisador deseje impor suas perguntas a outras pessoas e ou conheça bem a população a ser entrevistada, o questionário é uma estratégia legítima.²⁴ Vale lembrar que o pesquisador, Sr. Gustavo Cunha Mello, trabalha há mais de dez anos em consultoria na área estudada, conhecendo intimamente todas as principais operadoras de saúde privada. Bem como que todas as entrevistas seguiram a mesma rotina do questionário que se encontra em anexo.

Nós determinamos o tamanho, a natureza e o conteúdo do questionário, de acordo com o problema pesquisado.²⁵ Em geral, a preparação de um questionário deve incluir as seguintes operações: determinação dos aspectos de interesse para a pesquisa e a revisão das hipóteses que se desejam constatar com as perguntas. Assim, cada item do questionário tem um sentido preciso e responde a uma necessidade relacionada com nossas hipóteses.²⁶

A entrevista não estruturada, também chamada entrevista em profundidade, em vez de responder à pergunta por meio de diversas alternativas pré-formuladas, visa obter do entrevistado o que ele considera os aspectos mais relevantes de determinado problema: as suas descrições de uma situação em estudo.²⁷

A entrevista dirigida desenvolve-se a partir de perguntas precisas pré-formuladas e com uma ordem preestabelecida. O entrevistador dirige o processo evitando qualquer desvio do entrevistado. É fácil descobrir que esse tipo de técnica permite uma maior liberdade que o questionário para as respostas dos indivíduos, mas a estrutura da entrevista constrange a iniciativa do entrevistado.²⁸

A aplicação do questionário foi feita pelo através do método de entrevistas em profundidade ou não estruturadas, do tipo dirigida, pois desejávamos medir opiniões individuais sem interferências sobre o tema proposto. Entrevistas em profundidade, como o próprio nome diz, são entrevistas mais longas, onde exploramos as razões que levam o entrevistado a reagir desta ou daquela forma diante dos fatos ou situações apresentadas, onde o entrevistado, além de relatar seus hábitos e suas atitudes em relação a certo tema, nos explicou as razões de assim ser, ou seja, abrangendo da pratica as suas causas, motivações e justificativas.²⁹

ii) População e Amostra

Consideramos as reclamações registradas na ANS representativas do “humor” geral dos consumidores dos planos e seguros de saúde, visto que é o principal canal do mercado para receber as demandas de insatisfação dos clientes. Adicionalmente, os julgados e com jurisprudência estabelecida junto ao STJ contribuíram também para formar um cenário fidedigno desta situação. Logicamente os serviços de atendimento ao consumidor das operadoras do mercado através dos telefones 0800, conhecidos como *call center*, recebem primeiramente tais tipos de reclamações, porém evitamos buscar estes dados devido a dificuldade de acesso às informações, bem como a possíveis direcionamentos tendenciosos que poderíamos receber. Estas reclamações registradas junto a ANS e ao STJ, formaram a base do questionário elaborado.

Conforme os dados da ANS, o Estado do Rio de Janeiro possui uma cobertura de 31,49% de sua população nos seguros e planos de saúde, que significam 4.531.815 segurados em uma população de 14.391.282 habitantes. A região sudeste corresponde a 62% das empresas operadoras de saúde privada e por 70% dos consumidores de planos e seguros de saúde que totalizam no Brasil aproximadamente 35 milhões de pessoas. Sendo assim nossa amostra do Estado do Rio de Janeiro, contendo 12,79% dos segurados, é apropriada para representar a população total dos consumidores brasileiros de planos e seguros de saúde. Ainda segundo a ANS, o Estado do Rio de Janeiro corresponde a 38,5% da atuação de todas as operadoras de saúde privada no Brasil. O Estado do Rio de Janeiro corresponde a 21,22% da receita total do mercado de saúde suplementar apurado no período entre Janeiro e Outubro de 2002. Outro dado relevante é que apenas 12 operadoras acumulam 31,12% dos usuários demonstrando uma elevada concentração.

TABELA 4: REPRESENTATIVIDADE DA AMOSTRA ESCOLHIDA

Operadora:	Nº de segurados (Brasil)	% fatia de mercado (Brasil)	% acumulado da amostra
Bradesco	2.361.410	6,65%	6,65%
Sul América	1.830.219	5,16%	11,81%
Amil	715.370	2,02%	13,83%
Medial	483.924	1,36%	15,19%
Unimed Rio	419.008	1,18%	16,37%
Golden Cross	364.928	1,03%	17,40%
HSBC	309.311	0,87%	18,27%
AGF	135.229	0,38%	18,65%
AIG Unibanco	58.516	0,16%	18,81%
Demais	28.821.531		100%
Total	35.499.446	100%	

Fonte: ANS – Agência de Saúde Suplementar

Com relação às operadoras do mercado, o questionário foi aplicado através de entrevistas nas principais operadoras do Estado do Rio de Janeiro, as empresas: AGF, AIG Unibanco, Amil, Bradesco, Golden Cross, HSBC, Marítima, Medial, Sul América e Unimed Rio. A representatividade desta amostra é descrita na tabela 4.

Analisando a representatividade da amostra pelo volume de receita das empresas seguradoras entrevistadas temos 92,47% da receita das seguradoras. Nossa amostra totaliza aproximadamente 19% dos consumidores do mercado de saúde privada do Brasil.

Portanto, é apropriado dizer que as amostras utilizadas representam o posicionamento do pensamento, atitudes e formas de gestão da população deste segmento. Ou seja, para representar as demandas dos consumidores utilizamos as reclamações no Estado do Rio de Janeiro, que como já foi dito contém 12,79% dos clientes de planos e seguros de saúde. E para representar a posição dos fornecedores de serviços, utilizamos as operadoras listadas na tabela 4, que representam 18,81% dos atendimentos.

iii) Instrumentos de Medida e Coleta de Dados

Em anexo está o questionário que foi elaborado a partir do levantamento das reclamações junto a ANS e STJ. Ele foi aplicado, pelo Sr. Gustavo Cunha Mello, através de entrevistas com os principais operadores do Sistema de Saúde Complementar no Rio de Janeiro. A forma de condução das entrevistas teve como objetivo, a partir do questionário, que na verdade descreve as hipóteses sob teste, abrir espaço para o entrevistado poder também explicar ou colocar sua posição sob cada um dos pontos sendo pesquisados. Adicionalmente foi incluída uma escala quantitativa de pontuação para o entrevistado julgar sua percepção sob a performance e a importância de cada dimensão da qualidade avaliada. As entrevistas foram conduzidas de forma individual para cada empresa operadora, executadas em visita aos escritórios dos entrevistados, ou por telefone conforme a disponibilidade dos entrevistados.

7) Discussão dos resultados

Hipótese 1: Foi confirmada, todos os entrevistados dizem que seu contrato se adequou às regras da nova legislação, porém nenhum soube dizer o que mudou no texto da cláusula ou qual foi a alteração. O fato é que todos confirmaram que as práticas gerenciais permanecem as mesmas, há um questionário padrão aplicado a todos os segurados, pessoas físicas, independentemente de suas características de sexo, idade, ocupação, histórico familiar, prejudicando assim a validade deste questionário. E ainda que não é comum o exame médico anterior à contratação, exceto em alguns casos específicos de idosos ou pessoas que se manifestem portadores de alguma moléstia crônica.

Dessa forma percebemos que qualquer negativa de cobertura posterior permanece baseando-se na subjetividade das análises dos questionários aliada a utilização do serviço, enfim na elevada probabilidade do cliente possuir a doença antes da assinatura do contrato, segundo um técnico ou médico funcionário da operadora de saúde. O fato é que o Código de Defesa do Consumidor inverte o ônus da prova e obriga a empresa a provar não só que o cliente possuía a doença, como tinha ciência da mesma e agiu de má fé na contratação. O que obviamente é muito difícil para as operadoras que se perpetuam em derrotas nos tribunais, mantendo assim elevados custos de honorários advocatícios e custas processuais, além de aborrecer o consumidor e tornar clientes em inimigos fazendo marketing negativo da empresa.

Essa hipótese não se aplica para clientes pessoas jurídicas, pois a cláusula de preexistência inexistente nestes contratos. Porém, essa prática de tratar diferentemente os clientes de grandes grupos é antiga e anterior à regulamentação do setor, portanto as reclamações de preexistência observadas nos órgãos públicos e nos processos do STJ se referem aos clientes de contratos individuais. Mostrando que esta questão é relevante, e validando a hipótese.

Hipótese 2: Confirmamos que existe uma divergência entre a percepção do serviço prestado na ótica do cliente e na ótica da operadora. Uma discrepância entre o que o mercado percebe e o que a operadora imagina que está oferecendo. Todos os entrevistados julgaram que o mercado está entre os 10 campeões de reclamação, mas alegavam desconhecer se sua empresa era uma das reclamadas. Na verdade podemos supor que o mercado está entre os cinco negócios com mais reclamações, e não entre os dez como os entrevistados supõem.

Embora não tenha sido escopo do questionário e de nossa pesquisa, na entrevista percebemos que os entrevistados sabem dos problemas de suas organizações mas não possuem poder para mudar tão radicalmente a gestão das operadoras. Ou se possuem tem medo de propor uma mudança muito grande de suas práticas já tradicionais, pois assim colocariam seus empregos em risco. E que a despeito de desconhecerem o quanto é negativa a avaliação dos consumidores para com seu mercado, sua suposição não é tão distante da realidade. Ficando aqui uma sugestão para outra pesquisa sobre gestão.

Hipótese 3: Sobre a equipe de vendas ou sua distribuição apenas uma operadora disse que treina sua equipe de forma sistêmica, todos os demais informaram que possuem cursos que não são obrigatórios e muito menos que há uma reciclagem dos vendedores. Todos informaram que não existe um critério seletivo de escolha dos vendedores, bastando ser corretor de seguros para as seguradoras, ou no caso dos planos de saúde basta se inscrever como agenciador ou vendedor nestas operadoras. Nenhum dos entrevistados informou haver uma punição do vendedor responsável por clientes que reclamam e que foram efetivamente mal informados sobre as limitações do contrato. Sequer buscam a informação de quem efetuou a venda que gerou o caso da reclamação. Portanto, confirmamos a hipótese de que as vendas mal trabalhadas pelas operadoras também contribuem gerando expectativas erradas nos consumidores.

Hipótese 4: Todos entrevistados confirmaram que não há uma rotina de procurar o segurado e avaliar sua satisfação com o serviço prestado, durante a prestação do serviço.

Hipótese 5: Rejeitamos essa hipótese, pois em alguns casos as operadoras procuram os clientes que cancelam seus contratos buscando saber o que o levou a se desligar da empresa. Embora a hipótese seja válida parcialmente, pois apenas nos grandes contratos a operadora de fato procura o cliente não somente para saber o motivo do cancelamento, como para tentar recuperar seu contrato. Não há uma rotina sistêmica para se corrigir os eventuais erros na gestão.

Hipótese 6: Foi confirmada, pois a totalidade dos entrevistados informam os aumentos de preços no mês em que estes se aplicam através de uma carta. Quando questionados todos entenderam que há um aviso prévio na venda dos aumentos de preços, porém quando perguntamos se havia uma planilha ou de que forma os aumentos eram projetados para os consumidores, todos apontaram que os aumentos eram previstos nas cláusulas dos contratos e que isso bastava para avisar os usuários.

Hipótese 7: Confirmamos que nenhuma operadora procura seus clientes para informar a nulidade de algumas de suas cláusulas, tampouco reescrevem os contratos vigentes, eliminando as cláusulas nulas, e enviam a seus segurados.

Hipótese 8: Confirmamos que as operadoras procrastinam seus pagamentos deliberadamente, mesmo em situações semelhantes a julgados perdidos, todas operadoras não modificam seus procedimentos internos após derrota no poder judiciário. As reclamações idênticas se perpetuam e novos conflitos ocorrem ao invés de se corrigir desvios e melhorando a qualidade do serviço. Na verdade todas empresas entendem que foram prejudicadas no poder judiciário, ao invés de entenderem que sua gestão é que levou à derrota.

8) Conclusão

Concluimos que falta uma gestão pela qualidade total nas operadoras de saúde, o que de fato gera o elevado índice de reclamações. Elas não mudaram suas práticas para se adequarem ao Código de Defesa do Consumidor.

A alegação de que seria impossível efetuar exame médico prévio em todos os segurados é verdadeira e razoável. Porém algumas práticas simples poderiam resolver essa questão, o questionário prévio a contratação, por exemplo, poderia ser diferenciado conforme o perfil do cliente: pelo sexo, idade, se fuma, enfim características que facilitem aos médicos entenderem e traçarem o real perfil do cliente. As perguntas devem mudar conforme o perfil da pessoa, proponente, que deseja ingressar no plano. Assim poderiam com mais segurança solicitar exames prévios apenas aos clientes que provavelmente possuam doenças preexistentes, após a análise dos questionários respondidos. Uma observação interessante é que 29,8% dos contratos são individuais, portanto com a cláusula de preexistência, e 70,2% dos contratos são grupais (empresas) sem a cláusula de preexistência. Logo em apenas 1/3 (um terço) dos contratos é que as operadoras deveriam ter uma atenção especial, pois na cláusula de preexistência encontram-se 24% dos motivos dos processos. Outro fato é que as seguradoras que operam com contratos grupais possuem a sinistralidade (utilização) semelhante às seguradoras que operam ambos tipos de contrato, o que nos faz especular que, na pior das hipóteses, retirando-se a cláusula de preexistência o impacto não seria tão negativo no resultado da carteira.

Quanto à expectativa criada na venda, as operadoras deveriam efetuar treinamento e reciclagem obrigatória aos seus canais de distribuição, incluindo provas para atestar a correta compreensão do serviço prestado e suas limitações. Bem como excluir aqueles vendedores reincidentes em casos de vendas mal efetuadas. Um dado interessante é que 88% das ligações para a ANS são para tirar dúvidas, apenas 12% efetivamente são registradas como reclamações, demonstrando claramente a falta de conhecimento sobre o serviço que os consumidores têm. A média de atendimentos da ANS é de 4.687 atendimentos por mês, dos quais 4.125 são para retirar dúvidas.

A pesquisa da qualidade deveria fazer parte da rotina e ser incluída no sistema da organização. Tanto para clientes vigentes como para os cancelamentos. Devendo estar ligado à administração, para que esta possa corrigir seus desvios.

As operadoras deveriam entender que ao prestar um serviço de excelência poderão reter mais clientes e torná-los fiéis, bem como que essa prática fará aumentar seu faturamento através de novos clientes e indicações. Ou ainda, que ao evitar os inúmeros processos teriam uma redução de seus custos. Pois afinal acabam mesmo pagando as contas hospitalares somando-se aos danos morais entre outros custos.

Enfim concluimos que há falta de gestão pró-ativa pela qualidade, e há passividade das organizações deste setor por um estado de coisas tradicionais que na verdade geram erros sucessivos no atendimento ao cliente. Enfim estes são os motivos para o elevado número de reclamações. E até o encerramento de nossa pesquisa percebemos que estas não serão minimizadas no médio prazo.

* Tel.: (0xx21) 2533-4108; E-mail: gustavo@correctaseguros.com.br

** Tel.: (0xx21) 99763330; E-mail: ricardo.fontenele@br.bureauveritas.com

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Cf. Decreto Lei n ° 73/66, de 21 de novembro de 1966.
2. Alberti, Verena - Coordenadora - “Entre a Solidariedade e o risco: história do seguro privado no Brasil”- 2ª edição (Rio de Janeiro, Editora FGV, 2001) página 258.
3. Cf. Resolução CNSP n ° 16/88, de 20 de dezembro de 1988.
4. Alberti, Verena - Coordenadora - “Entre a Solidariedade e o risco: história do seguro privado no Brasil”- 2ª edição (Rio de Janeiro, Editora FGV, 2001) página 262.
5. Medeiros, Osiris Borges de – “Seguro Saúde: legislação, formulários, jurisprudência, prática” – 2ª edição (Rio de Janeiro, Editora destaque, 1999) página V.
6. site na Internet: www.unimeds.com.br
7. Medeiros, Osiris Borges de – “Seguro Saúde: legislação, formulários, jurisprudência, prática” – 2ª edição (Rio de Janeiro, Editora destaque, 1999) página VI.
8. Medeiros, Osiris Borges de – “Seguro Saúde: legislação, formulários, jurisprudência, prática” – 2ª edição (Rio de Janeiro, Editora destaque, 1999) página IV.
9. site na Internet: www.abramge.com.br
10. Sobrinho, Linneu Rodrigues de Carvalho – “Seguros e Planos de Saúde” – 1ª edição (São Paulo, Editora Juarez de Oliveira, 2001) página 5.
11. ANS, Palestra proferida em 23 de novembro de 2001 – “Painel - Tendências Globais na Área da Saúde” organizado pela Abramge.
12. Cf. Constituição Federal do Brasil de 1988.
13. Cf. Lei 9.656/98 que regulamentou o setor de saúde complementar no Brasil.
- 14 -Requisitos para o PNQ - São Paulo -Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade , 2002 , pag 17
- 15 - Requisitos para o PNQ - São Paulo -Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade , 2002 , pag 29
- 16 - Requisitos para o PNQ - São Paulo -Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade , 2002 , pag 13
- 17 - Requisitos para o PNQ - São Paulo -Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade , 2002 , pag 30
- 18 - Requisitos para o PNQ - São Paulo -Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade , 2002 , pag 34
- 19- NBR ISO 9001:2000 - Sistemas de Gestão da Qualidade : Requisitos , Rio de Janeiro – ABNT , 2000
- 20 - Richardson , Roberto Jarry – Pesquisa Social : Métodos e Técnicas – São Paulo: Atlas , 1999 , pag 188
- 21 - Rutter , Marina – Pesquisa de Mercado – São Paulo : Ática ,1994 , pag 46
- 22 - Curso de Avaliação da Satisfação dos Clientes – São Paulo : Grupo Bureau Veritas
- 23 - Rutter , Marina – Pesquisa de Mercado – São Paulo : Ática ,1994 , pag 50
- 24 - Richardson , Roberto Jarry – Pesquisa Social : Métodos e Técnicas – São Paulo: Atlas , 1999 , pag 208
- 25 - Richardson , Roberto Jarry – Pesquisa Social : Métodos e Técnicas – São Paulo: Atlas , 1999 , pag 190
- 26 - Richardson , Roberto Jarry – Pesquisa Social : Métodos e Técnicas – São Paulo: Atlas , 1999 , pag 198
- 27 - Richardson , Roberto Jarry – Pesquisa Social : Métodos e Técnicas – São Paulo: Atlas , 1999 , pag 208
- 28 - Richardson , Roberto Jarry – Pesquisa Social : Métodos e Técnicas – São Paulo: Atlas , 1999 , pag 210
- 29 - Rutter , Marina – Pesquisa de Mercado – São Paulo : Ática ,1994 , pag 25

ANEXO:**QUESTIONÁRIO****ENTREVISTADOR: SR. GUSTAVO TAVARES DA CUNHA MELLO****DATA: ____ / ____ / 2002****ENTREVISTADO: _____****EMPRESA: _____**

CLÁUSULA DE PREEXISTÊNCIA (HIPÓTESE 1)	
Sua companhia possui um questionário padrão na subscrição de riscos? Ou há um questionário que varia conforme o perfil de risco do proponente?	
Comentário:	
O texto da cláusula de preexistência utilizada nos seus contratos foi alterado para se adequar ao CDC e a Lei 9.656/98? Qual foi a alteração?	
Comentário:	
Sua companhia faz exames médicos individuais para avaliar cada risco subscrito?	
Comentário:	
Existe algum procedimento definido no sistema de gestão que prevê uma correção de rumo baseada em julgados?	
Comentário:	
Na sua opinião se a seguradora não tem como provar o conhecimento prévio da preexistência por parte do segurado, ela deve indenizá-lo mesmo que acreditando, em seu juízo, que tenha havido má fé ou omissão do cliente na contratação do seguro?	
Comentário:	
Qual a importância do exame médico prévio à contratação para efeito de subscrição do risco? () sem importância () pouco importante () importante () muito importante () crítico	
Qual a performance de sua empresa com relação a esta característica de exame médico na subscrição do risco? () insuficiente ou inexistente () suficiente () boa () muito boa () excelente	
EXPECTATIVA DO SERVIÇO PRESTADO (HIPÓTESE 2)	
Na sua opinião como o setor de planos e seguros de saúde estão no ranking de reclamações do Procon?	
() entre os 5 campeões de reclamação	() entre os 100 campeões de reclamação
() entre os 10 campeões de reclamação	() entre os 120 campeões de reclamação
() entre os 20 campeões de reclamação	() entre os 500 campeões de reclamação
() entre os 50 campeões de reclamação	() não há muita reclamação
() entre os 80 campeões de reclamação	
Sua empresa recebe muitas reclamações através do Procon?	
() não sabe informar () nunca () raramente () regularmente () muitas vezes () quase sempre	
Se você respondeu que recebe reclamações com regularidade, qual o resultado disso na sua gestão, há algum procedimento para tentar minimizar estas reclamações?	
Comentário:	
A que você atribui o grande volume de reclamações que recebe?	
Comentário:	
Qual a importância da qualidade na prestação de serviços de seguros e planos de saúde? () sem importância () pouco importante () importante () muito importante () crítico	
Qual a performance de sua empresa no quesito qualidade dos serviços prestados? () insuficiente ou inexistente () suficiente () boa () muito boa () excelente	
EQUIPE DE VENDA (HIPÓTESE 3)	
Sua companhia possui um critério de inscrição de corretores ou vendedores? Qual é o critério?	
Comentário:	
Existe um treinamento dessa força de venda? Como funciona?	
Comentário:	
Existe uma avaliação periódica dos vendedores?	

Comentário:
Qual a importância do treinamento e avaliação de sua equipe de venda? () sem importância () pouco importante () importante () muito importante () crítico
Qual a performance de sua empresa com relação a esta característica de treinamento e avaliação da equipe de venda? () insuficiente ou inexistente () suficiente () boa () muito boa () excelente
MANUTENÇÃO DE CLIENTES (HIPÓTESE 4)
Durante o contrato, após cirurgias, após a utilização, enfim de tempos em tempos a seguradora telefona ou procura seus segurados para avaliar sua satisfação com os serviços?
Comentário:
Qual a importância do contato com o cliente para avaliar sua satisfação? () sem importância () pouco importante () importante () muito importante () crítico
Qual a performance de sua empresa com relação a esta característica de contato com o cliente? () insuficiente ou inexistente () suficiente () boa () muito boa () excelente
FIDELIZAÇÃO DE CLIENTES (HIPÓTESE 5)
Os clientes que cancelam o seguro são procurados pela seguradora e questionados pela rejeição ao contrato? Isso é uma rotina predefinida na gestão? Há uma correção de rumo na gestão em função das respostas recebidas?
Comentário:
Qual a importância do contato com o cliente para avaliar sua rejeição ao plano? () sem importância () pouco importante () importante () muito importante () crítico
Qual a performance de sua empresa com relação a esta característica de contato com o cliente? () insuficiente ou inexistente () suficiente () boa () muito boa () excelente
CLÁUSULA DE REAJUSTE DE PREÇOS (HIPÓTESE 6)
Durante a venda o corretor faz alguma simulação de reajustes de preços dos contratos? Vocês preparam ou estimulam seus vendedores para avisarem sobre os percentuais de reajustes predefinidos no contrato?
Comentário:
O cliente é avisado no mês do aumento de preço, logo após a autorização da ANS? Ou há um aviso prévio com antecedência ao reajuste?
Comentário:
Qual a importância da simulação prévia e aviso anterior à contratação dos reajustes de preços previstos? () sem importância () pouco importante () importante () muito importante () crítico
Qual a performance de sua empresa com relação a esta característica de aviso prévio ao cliente dos reajustes? () insuficiente ou inexistente () suficiente () boa () muito boa () excelente
CLÁUSULAS DE LIMITAÇÃO DE COBERTURAS (HIPÓTESE 7)
A Lei 9.656/98 e sua posterior regulamentação já eliminou a limitação de períodos de internação, proibiu a limitação de exames e consultas? Os contratos anteriores a esta Lei mantêm seus limites previstos nos contratos antigos?
Comentário:
Se o cliente possuir um contrato celebrado antes de 1998 com sua empresa, e precisar ultrapassar seus limites de cobertura para diárias de internação, como é administrada a questão?
Comentário:
ADIAR CORREÇÕES NA LIMITAÇÃO DE COBERTURAS (HIPÓTESE 8)
Se o cliente reclamar e vencer na justiça por uma ampliação destas coberturas, há uma reavaliação de todos os contratos similares ao do cliente reclamante?
Comentário:

Supondo que um cliente ganhe na justiça os direitos a uma ampliação de cobertura, por exemplo para diárias de internação, e ainda que meses depois outro cliente procure a seguradora para também reclamar uma ampliação de cobertura para suas diárias de internação, este último receberá cobertura automática sem necessidade de ingressar em juízo?
Comentário:
Qual a importância de uma reavaliação dos contratos antigos e atualização dos mesmos? <input type="checkbox"/> sem importância <input type="checkbox"/> pouco importante <input type="checkbox"/> importante <input type="checkbox"/> muito importante <input type="checkbox"/> crítico
Qual a performance de sua empresa com relação a esta reavaliação de contratos antigos? <input type="checkbox"/> insuficiente ou inexistente <input type="checkbox"/> suficiente <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> excelente

COPY