

Relações entre *Stakeholders* no Processo de Cocriação de Valor: Um Estudo de Casos Múltiplos no Setor da Saúde

Autoria: Daniela Camarinha, Benny Kramer Costa, Saulo Fabiano Amâncio Vieira

Resumo

O avanço tecnológico, o aumento da expectativa de vida e as novas demandas com maior exigência de participação por parte do consumidor, têm levado as empresas do setor privado de saúde a repensarem suas estratégias de negócio no intuito de enfrentarem o dilema de melhorar a qualidade do atendimento prestado e reduzir seu crescente custo. Diante disto, um desafio emerge e se caracteriza pela revisão do processo de criação de valor, antes unilateral e decidido somente pela empresa, e agora perpassa uma nova configuração que considera ativamente o envolvimento de outros *stakeholders* do setor, incluindo os clientes. Em função desta realidade e da dificuldade das empresas do setor em trabalharem em conjunto é que este trabalho se desenvolve. A partir deste contexto o presente trabalho tem como objetivo identificar e descrever as relações existentes entre os *stakeholders* do setor da saúde frente às iniciativas conjuntas de envolver os clientes nas abordagens de cocriação de valor. Buscou-se analisá-las sob o ponto de vista das operadoras de planos de saúde. Como referencial teórico utilizou-se dos temas: cocriação de valor (Payne, Storbacka e Frow, 2007; Prahalad e Ramaswamy, 2002; Vargo, Maglio e Akaka, 2008) e teoria dos *stakeholders* (Freeman, 1984; Donaldson e Preston, 1995; Mitchell, Agle e Wood, 1997; Friedman e Miles, 2002 e 2006). O estudo baseia-se na análise das iniciativas parciais e conjuntas desses *stakeholders* que propiciam o envolvimento dos clientes e, conseqüentemente, a cocriação de valor. Esta análise é realizada por meio de atributos relacionados ao levantamento bibliográfico dos temas cocriação e *stakeholders*, buscando entender essas relações. O levantamento de dados tem respaldo no método exploratório e descritivo, cuja função, entre outras, é descrever os elementos fundamentais na relação dos agentes envolvidos e obter informações sobre possibilidades práticas de fomentar os conceitos em situações de vida real. Utilizam-se, ainda, pesquisas de documentos e dados em geral, tendo como fonte principal um estudo de caso múltiplo, englobando cinco operadoras de planos de saúde localizadas em São Paulo. Os resultados apontam para a existência de relações significativas, principalmente, entre operadoras, empresas contratantes e prestadores de serviços, por meio de ações que acontecem antes, durante e depois da utilização do benefício pelo usuário final. Verificou-se ainda que o usuário final é envolvido pelas operadoras em atividades de cocriação de valor apenas em atividades propiciadas pelos departamentos profissionais e ativos de promoção e prevenção da saúde. Nesse contexto, as operadoras acabam se situando em uma posição estratégica no sentido de aproximar os participantes da cadeia e viabilizar relações mais saudáveis, visto que elas acabam funcionando como uma ponte entre a empresa contratante, que detém o acesso junto aos usuários finais e os outros *stakeholders*.

1. Introdução

As mudanças ocorridas nos últimos anos na atividade econômica, em função dos avanços tecnológicos e nos meios de transportes, têm induzido grandes transformações no ambiente competitivo de nações e empresas. Dentre estas mudanças, o consumidor, além de ter novas demandas, passa a participar mais do processo de tomada de decisão dos fornecedores de bens e serviços. Este aspecto tem sido objeto de preocupações nas pautas e agendas das empresas no sentido de voltar atenção à perspectiva do consumidor e de melhor configurar suas cadeias de valores recombinação seus diversos *stakeholders* nas abordagens referentes à criação de valor para os clientes (AMBLER, 2004).

Entende-se nesta pesquisa como sendo *stakeholder* “qualquer grupo ou pessoa cujos interesses podem afetar ou serem afetados pelas realizações dos objetivos de uma organização” (Freeman 1984 p. 46); bem como assumirem a suposição principal da teoria dos *stakeholders* que é aquela onde a eficácia da organização é medida por sua habilidade de satisfazer não somente os acionistas, mas aqueles que têm um vínculo com a organização (FREEMAN, 1984).

No intuito de promover a competitividade neste novo ambiente, faz-se necessário as organizações criarem valor independente de quem ou onde foi constituído inicialmente, ou seja, podendo ser inclusive na fronteira do último fornecedor de serviços da cadeia de valores (KIPPENBERGER, 1997). Estes movimentos se constituem de preocupações e iniciativas que se dão nas mais diversas atividades econômicas mundiais. Segundo Prahalad e Krishnan (2008), nenhum setor está imune a esta necessidade de envolver o cliente e outros *stakeholders* no processo de criação de valor, impactando, inclusive, em áreas tradicionais como educação, seguros e assistência médica, sendo esta representante do setor saúde, foco deste trabalho.

O setor privado de saúde apresenta um grande desafio universal voltado a melhorar a qualidade do atendimento na saúde e reduzir ou ao menos, conter seu crescente custo (BOHMER, 2010). Em 2009, segundo o Ministério da Saúde, este setor no Brasil movimentou cerca de R\$ 70 bilhões, representando 6,5% do PIB e a geração de 2 milhões de empregos diretos e indiretos (PORTAL DA SAÚDE, 2009). A necessidade de envolver os diversos *stakeholders* desse setor, na busca de alternativas inovadoras, tem levado ao surgimento de novas formas competitivas no ambiente dessas organizações. De acordo com Porter e Teisberg (2006), existe pouco ou nenhum envolvimento entre os principais *players* do setor de saúde e chama de soma zero a competição existente que não cria valor e que ninguém ganha. A saúde é vista pelos *players* do setor como *commodity*, como se os prestadores, os pacientes e as preferências dos clientes fossem iguais.

Nessa esfera, Normann e Ramirez (1993) ressaltam que o processo de criação de valor para o cliente final passa a ser um grande desafio para aquelas organizações que, inicialmente, acreditavam que a eficiência interna voltada à produção de bens e serviços de baixo custo seria por si só suficiente. Reforçam ainda que a chave para esta questão estratégica viesse de uma revisão do processo de criação de valor, inicialmente unilateral, para o envolvimento de outros participantes da cadeia de valor, incluindo os clientes. Krucken e Meroni (2006) apontam que este fato ocorre quando diferentes *stakeholders* unem-se em direção a uma missão comum, ou seja, agindo em resposta a um problema específico. Reforçando este aspecto, Prahalad e Krishnan (2008) denotam que nenhuma empresa possui os conhecimentos, as habilidades e os recursos necessários à criação de valor junto com os consumidores: a cocriação de valor.

Torna-se evidente que, para ganhar vantagem competitiva nesta nova economia, as empresas precisam buscar recursos externos, dividindo a responsabilidade por meio de ação em rede com foco na eficiência ligada diretamente à experiência percebida por este cliente, deslocando a base de valor do produto ou serviço para experiências (LOVELOCK; YOUNG, 1979; PINE, 1993; PRAHALAD; RAMASWANY, 2002). De acordo com Zhang e Chen (2006) e Vargo, Maglio e Akaka (2008), o valor percebido pelos clientes dependerá de sua participação ativa por meio da utilização de sua competência.

Em função desta realidade e da dificuldade das empresas em perceberem as oportunidades reais de interação com o cliente final e os *stakeholders* é que esta pesquisa se desenvolve. Assim, diante desta situação, pode-se chegar à seguinte pergunta de pesquisa: Quais as relações entre os

stakeholders do setor da saúde em conformação às abordagens de cocriação de valor, sob o ponto de vista das operadoras de planos de saúde?

Diante deste contexto, o objetivo deste trabalho visa identificar e descrever as relações existentes entre os *stakeholders* do setor da saúde frente às iniciativas conjuntas de envolver os clientes nas abordagens de cocriação de valor.

2. Referencial Teórico

Esta seção contempla a apresentação das perspectivas teóricas de cocriação de valor e de *stakeholders* que por sua vez são utilizadas na análise e discussão dos resultados deste artigo.

2.1. Da criação de valor para o cliente a cocriação de valor com o cliente

A criação de valor passou a ser uma expressão muito utilizada em livros de negócios nos últimos anos (MAGRETTA; STONE, 2002), representando o ponto central das economias em mudança, diferentemente dos modelos tradicionais buscavam em respostas rápidas e preço (VARGO; MAGLIO; AKAKA, 2008). Desta forma, o correto entendimento do conceito de valor para o cliente passa a ser central para a implantação de estratégias que busquem uma vantagem competitiva superior (SCHUMANN; GARDIAL, 1993; WOODRUFF, 1997).

O valor para o cliente (VPC ou *customer value*) é o valor percebido sob a óptica dele, ou seja, o valor dado por ele às ofertas das empresas (LARENTIS; GASTAL, 2004) e é alcançado através da avaliação feita pelos clientes, em relação aos atributos do produto, desempenho desses atributos e das conseqüências que surgem com o uso que facilitam (ou dificultam) o alcance dos seus objetivos e propósitos sob a perspectiva de uma relação custo-benefício (WOODRUFF, 1997; e RUST; ZEITHAML; LEMON, 2001).

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) identificaram a existência de lacunas entre o que os clientes esperam e o que os administradores percebem, evidenciando que nem sempre os administradores entendem o que os clientes querem. Nesta avaliação, as organizações se tornam inaptas a entregar valor aos clientes. Apontam para uma deficiência que pode ser minimizada através do envolvimento do próprio cliente no processo de criação de valor ocorrido quando o cliente é visto como um cocriador de valor para as empresas, ou seja, como o protagonista principal desse processo (PAYNE; STORBACKA; FROW, 2007; VARGO; LUSCH, 2006).

Nessa direção, Webster (1981) enfatiza que, para sobreviver no futuro, todo o negócio terá que ser focado no cliente e guiado pelo mercado. Deverá ter também um escopo global e flexibilidade na sua habilidade de entregar valor superior para os clientes, cujas preferências e expectativas mudam continuamente à medida que eles são expostos a novas ofertas de produto e informações.

O conhecimento dos clientes passa a ser tratado como um ativo valioso e propõe-se que a distinção das competências deve ser feita pela avaliação da contribuição positiva ou negativa de determinada competência para a entrega de valor superior ao cliente, sendo este valor visto pela óptica do cliente (DAY, 1994). Para Webster (1981), a empresa é definida por seus clientes e não por seus produtos e avalia que é a *voz do cliente* que fará a ligação entre a cultura organizacional colocando o cliente à frente na perspectiva estratégica.

O constructo VPC representa um desafio (PARASURAMAN, 1997). Assim, para realmente transformar o valor para o cliente em vantagem competitiva, é necessário antes entender como os clientes formam suas percepções de valor e desenvolver formas para mensurá-las. Desta forma, para que ocorra o incremento de valor na base do relacionamento do cliente com a empresa, se torna-se imprescindível conhecer o que os clientes valorizam, ou seja, o que é valor para eles (RUST; ZEITHAML; LEMON, 2001).

Schumann e Gardial (1993) e Woodruff (1997, p.4), propõem que o VPC é uma relação complexa, “é uma percepção do consumidor de que um atributo do produto fornece o(s) benefício(s) necessário(s) para a realização de determinado(s) propósito(s) em uma situação particular de uso”. Segundo este autor, essas percepções de valor são dinâmicas e mudam com o tempo. Por isso, empresas orientadas para o mercado deveriam periodicamente avaliar as percepções de valor por

parte de seus clientes, não focando somente nos atributos preferidos, mas, sim, em informações da cadeia de valor, entendendo o que os clientes realmente valorizam.

Prahalad e Krishnan (2008) afirmam que em negócios de empresa para empresa, (*business to business*) é preciso compreender as novas expectativas, habilidades e comportamentos do *cliente do cliente* para auxiliar as empresas na cocriação de valor com seus consumidores finais. Para isso, os conflitos existentes entre a empresa e o cliente devem se tornar visíveis e serem resolvidos de maneira eficaz. Vargo, Maglio e Akaka (2008) se referem à interação entre sistemas de serviços considerando indivíduos, grupos, empresas e governos quando estes podem tomar ação de aplicar recursos e trabalhar em conjunto para o benefício mútuo. Sendo assim, esses sistemas de serviços cocriam valor e dependem efetivamente de recursos de outros para sobreviver. Essa interdependência é encontrada tanto em negócios do tipo *service-for-service* como na integração de recursos. Os sistemas trabalham com o intuito de melhorar suas capacidades.

Segundo Vargo e Morgan (2005), através da cocriação de valor, as empresas envolvem o cliente de forma ativa e interativa com os seus fornecedores de serviços em diversos aspectos, desde o design do produto até a sua concepção.

Chesbrough e Spohrer (2006) reforçam que no processo de cocriação de valor, existe uma grande necessidade de um aprofundamento no conhecimento das expectativas dos consumidores. Através da investigação da experiência do cliente com a empresa na utilização dos serviços, é possível ter *insights* para esse processo, inclusive envolver os *stakeholders*.

Normann e Ramirez (1994) apresentam o conceito de constelação de valor onde o valor é coproduzido por atores que se inter-relacionam e que distribuem, a si mesmo e aos outros, as tarefas da criação de valor. A oferta adquirida e experimentada pelo consumidor resulta de um esforço conjunto dos atores.

Em um ambiente de mudanças culturais dos consumidores que começam a gerir a própria saúde em função da forte influência da internet e das tecnologias emergentes, este estudo traz a luz conhecimentos para uma melhor compreensão e atendimento deste novo usuário, além de sensibilizar as empresas do setor sobre o processo de cocriação de valor e as possibilidades relacionais desses esforços para uma gestão mais eficiente.

2.2. Teoria dos Stakeholders

Segundo Friedman e Miles (2006), o termo *stakeholder* apareceu pela primeira vez na literatura gerencial em um memorando interno no Instituto de Pesquisa de Stanford, em 1963, embora mostrasse evidências de executivos que expressavam o seu conceito bem antes dos anos 60, em empresas como GE e Johnson & Johnson. Freeman (1984) define *stakeholders* como “indivíduos ou grupos que podem influenciar ou serem influenciados pelas ações, decisões, políticas, práticas ou objetivos da organização.”

Para Freeman e Philips (2002), a ideia central da abordagem de *stakeholders* é que o sucesso das organizações depende da forma como gerenciam as relações com os grupos (clientes, fornecedores, comunidades, investidores e outros) que podem afetar a realização de seus objetivos. O termo *stakeholders* também é definido como um grupo de pessoas com interesses legítimos em procedimentos ou aspectos importantes nas atividades organizacionais (DONALDSON; PRESTON, 1995) e quanto ao grau de importância que um tem em relação ao outro (CAMPOS, 2004). Friedman e Miles (2006) relatam que em 2004, Freeman alia ao conceito de “grupos cruciais para a sobrevivência e sucesso da empresa” o princípio da responsabilidade do *stakeholder*, o princípio do diretor e o princípio do recurso do *stakeholder*.

A gestão de *stakeholder* é apontada como fator crítico de sucesso em função de contemplar grupos de interlocutores imprescindíveis ao funcionamento de uma organização. Ansoff (1965) afirma que existe uma necessidade de compreender quais os *stakeholders* mais relevantes dentro de cada setor. A inabilidade da empresa em atender satisfatoriamente às expectativas de um deles pode comprometer não só o sucesso e a sobrevivência da organização, como também todo o sistema formado em torno dessa organização.

Muito mais que prosperar em função dos proprietários e acionistas da empresa, os quais arriscam capital na busca de obter lucro, outros elementos estão em jogo: uma base ampliada e dinâmica de pessoas ou instituições que também possuem interesse no sucesso da organização (ARRUDA; CARDOSO, 2003).

Svedsen (1998) salienta a necessidade de dar maior atenção a determinados grupos em detrimento de outros. A perspectiva dos gestores da empresa em relação aos *stakeholders* pode influenciar e auxiliar nessa avaliação (MITCHELL, AGLE e WOOD, 1997). Segundo Wood (1990), o processo de análise de *stakeholders* deve levar em consideração: a identificação dos grupos específicos de *stakeholders* e seus respectivos interesses; a avaliação das relações entre esses grupos de *stakeholders* e a organização, além das relações entre os próprios *stakeholders*; A incorporação dos tempos e processos em uma série de mapas que ilustrem as mudanças nas composições e forças que influenciam os grupos de *stakeholders* da organização.

Nessa linha de raciocínio, Frooman (1999) recomenda avaliar: Quem são eles? (refere-se aos atributos dos *stakeholders*); O que eles querem? (finalidades dos *stakeholders*); Como eles vão tentar conseguir o que querem? (métodos utilizados pelos *stakeholders*).

O estudo de Gonçalves *et al* (2007), no setor hospitalar, define como *stakeholders* de maior influência os pacientes, a saúde suplementar, o Ministério da Saúde, os concorrentes, os médicos, e as indústrias de equipamentos hospitalares, farmacêuticas e de material médico-hospitalar.

As organizações podem identificar quem são os *stakeholders* por meio de três atributos de influência: poder, legitimidade e urgência, sendo que o *stakeholder* terá pelo menos um dos atributos mencionados (MITCHELL; AGLE; WOOD, 1997), e o ponto principal dessa classificação é saber qual é o *stakeholder* considerado *definitivo* pelos dirigentes das empresas, caracterizado como o tipo de público que possui ao mesmo tempo poder, urgência e legitimidade, estando, portanto, no centro das atenções dos dirigentes e podendo influenciar diretamente as decisões empresariais, e cujos interesses devem ser gerenciados com maior atenção (FREEMAN; MCVEA, 2001).

Friedman e Miles (2002) apontam que a maneira mais comum de classificar *stakeholders* é considerar grupos de pessoas com relações perceptíveis com as empresas e levantam ainda a questão se *stakeholders* limitam-se àqueles que são cruciais para a realização dos objetivos da empresa ou se são meramente uma entidade afetada pelas ações corporativas.

3. Procedimentos Metodológicos

A presente pesquisa caracteriza-se como exploratória e descritiva, sendo desenvolvida por meio de um estudo de caso múltiplo tendo como base o trabalho do Yin (2005) para abordar as questões.

A pesquisa contou com a participação de organizações do segmento de saúde suplementar, composto por operadoras de planos de saúde, com foco em planos coletivos, não fazendo parte do escopo deste trabalho o segmento público e o de planos individuais. A escolha desse grupo se deu em função da representatividade no setor em termos de número de beneficiários e porte, assim como por se constituírem em modalidades distintas no que tange a forma organizacional. Também se considerou para a escolha, a dinâmica dos interesses de seus gestores em explorar novas formas de criar valor e compreender possibilidades de relações.

As cinco organizações selecionadas correspondem a duas de medicina de grupo, uma seguradora, uma cooperativa e uma de autogestão, todas no mercado há mais de 10 anos e localizadas em São Paulo. Para se manter o sigilo das organizações participantes, as cinco operadoras são identificadas como operadoras A, B, C, D e E.

Em relação aos procedimentos de coleta de dados foram realizados dois encaminhamentos. No primeiro se realizou um levantamento de dados secundários, no qual foram consultados relatórios de atividades dos órgãos que regulamentam a área da saúde e os sites das operadoras entrevistadas.

A coleta de dados primários teve como fonte as entrevistas semi-estruturadas realizadas com pelo menos 2 executivos, da alta administração e gerência operacional, sendo a unidade de análise focada no organizacional. Foram feitas triangulações, dos dados obtidos, com os executivos entrevistados, primeiro individualmente e depois conjuntamente, no sentido de melhor entender o

constructo do estudo, minimizar a existência de dados contraditórios ou falsos e auxiliar na identificação de verdades objetivas quando diferentes participantes apresentam perspectivas diferentes de um mesmo acontecimento. Foi formulado um termo de compromisso, firmado por organização, em relação as triangulações e a divulgação das organizações e pessoas.

As análises e discussões dos resultados foram feitas em cada caso, observando-se os atributos identificação e relação, e em seguida relacionando-os com o que se propõe o trabalho, que consiste em identificar e descrever as relações existentes entre os *stakeholders* diante das iniciativas conjuntas de envolver os clientes nas abordagens de cocriação de valor.

4. Análise e discussão dos casos e resultados

A seguir são apresentadas breve descrição das 5 operadoras e análise e discussão dos resultados de cada caso, enfatizando características dos *stakeholders* mais destacados e relações destes *stakeholders* com cada uma das cinco empresas investigadas.

Operadora A

A Operadora A é considerada uma empresa tradicional no mercado de saúde localizada em São Paulo e detentora de uma parcela representativa de beneficiários. Possui alguns serviços próprios, dentre eles, hospitalar, ambulatorial e diagnóstico, e fornece planos de saúde para pessoas físicas, associações (por adesão) e diretamente para empresas desde o segmento básico ao “TOP”. Tem como proposta de valor promover a saúde por meio de serviços de prevenção e diagnóstico com alta qualidade e melhor custo. Atua fortemente no mercado corporativo e está entre as maiores empresas do mercado. Em 2009 obteve índice de sinistralidade (relação da receita e despesa assistencial) considerado bom por ter sido inferior à média desejada pelo setor e um índice de satisfação pela ANS ruim, ou seja, superior à média do setor.

Identificação dos *stakeholders*

Os *stakeholders* mais relevantes do setor, segundo os respondentes da operadora A, são formados pelo governo, fornecedores (indústria farmacêutica e de materiais e medicamentos e os prestadores de serviços), funcionários, clientes pessoa física (pacientes) e pessoa jurídica (empresas), grupos de proteção ao cliente, proprietários, concorrentes, corretoras e, caindo de importância, outros grupos com menor capacidade de intervenção no setor.

Destacam o governo como o *stakeholder* mais importante, por ser o setor regulamentado, e pela sua participação efetiva por meio da Agência Nacional da Saúde (ANS) que regula o negócio e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que trabalha no sentido de garantir a saúde do paciente. A atuação dessas agências culmina em políticas públicas específicas. Outro *stakeholder* apontado com distinção e considerado o maior beneficiário no setor corresponde aos fornecedores de insumos, ou seja, as indústrias farmacêuticas e de materiais e medicamentos. Isto se deve ao fato dos fornecedores de insumos serem os mais determinados e objetivos em relação ao que querem (resultado financeiro) e, embora, patrocinem eventos da área (jornadas científicas), usam constantemente de expedientes para influenciar a comunidade médica a usar seus produtos sem nenhuma outra finalidade na relação. Alegam também que estas práticas as mantêm longe dos objetivos dos cientistas que se envolvem para melhorar a saúde como um todo.

Consideram que os prestadores de serviços (grupos técnicos, médicos, enfermeiros, laboratórios, clínicas e hospitais) representam um grupo com interação direta com o cliente final (paciente). São muito importantes por serem considerados formadores de opinião, aferindo, muitas vezes, a qualidade do plano de saúde, da rede credenciada e até mesmo induzindo o paciente a procurar grupos de proteção para requisitar determinado medicamento ou exame, por exemplo. Além disso, mesmo que a operadora se esforce em oferecer uma rede ampla e de qualidade, a escolha acaba sendo feita por indicação (amigos, familiares e médicos) e em função do poder da marca.

De acordo com os entrevistados os funcionários também precisam ter uma consideração especial, em função da participação do alcance dos resultados da empresa. Os clientes também foram listados como importantes. Destacam que existem os clientes chamados de beneficiários, ou seja,

aqueles que utilizam o plano de saúde e que, muitas vezes, é considerado “menos privilegiado”, embora, da mesma forma dos outros *stakeholders*, esteja direcionado para o benefício próprio.

Outro importante *stakeholder* apontado é formado pelos grupos de proteção ao consumidor, como, por exemplo, o Procom e o próprio Ministério Público. Esses grupos atuam muito mais para proteger o usuário exagerando em favor dele do que funcionando como um mediador entre ele e os outros *stakeholders* envolvidos.

A comunidade financeira foi enfatizada pela sua destacada influência por funcionar como um termômetro em relação ao acesso das empresas aos planos privados. Quanto melhor a economia, mais aquecido o mercado de planos de saúde privados.

Os proprietários também foram considerados como relevantes por serem capazes de extrair o máximo de cada funcionário, além de manterem o foco das pessoas com o resultado.

Os concorrentes foram relacionados como uma figura saudável que impede monopólios e deixa o cliente com mais opções. As corretoras acabam não tendo uma influência tão grande na medicina de grupo (por esta estar mais próxima do cliente), apesar de que algumas empresas exijam sua presença no intuito de auxiliá-las a escolher o melhor plano e administrar o sinistro. Os outros *stakeholders* vão caindo em ordem de importância no setor.

Relação entre os *stakeholders*

Os respondentes da empresa A acreditam que os interesses dos *stakeholders* são divergentes levando a uma relação de desconfiança. O foco principal do governo, por exemplo, é não ter problemas (conflitos maiores e reclamações), mesmo que tenha que colocar em risco as empresas envolvidas (operadoras). Já para as empresas contratantes e os fornecedores, o foco principal é a maximização do resultado.

Esta desconfiança, movida por interesses antagônicos entre os *stakeholders* é pouco apoiada em indicadores que mensurem corretamente a relação entre melhor resultado de saúde e financeiro.

O setor acaba funcionando de maneira viciosa, ou seja, quanto maior a quantidade de procedimentos realizados, maior será o lucro. E não quanto maior a receita, maior o lucro para as empresas. A operadora que já possui serviços próprios ambulatoriais, hospitalares e laboratoriais acredita que, por meio da rede própria, se consegue monitorar e reduzir seu custo, uma vez que a remuneração é inferior a rede externa, entretanto destacam que ainda pode ser melhorada a questão do envolvimento e da troca de informações.

Em relação à estrutura de responsabilidade acreditam que está mais clara em comparação com o passado, porém, quem responde por tudo ainda é o plano de saúde. Mesmo que o problema seja causado por um profissional da rede credenciada, o caso passa pelos conselhos específicos e só é aceito se o problema for realmente sério.

Já em relação a um fornecedor de medicamentos apontam que é necessário comprovar que o problema foi causado pelo produto e não pelo mau uso dele. Isso não quer dizer que a indústria não assuma responsabilidade, mas que talvez os papéis não estejam tão claros e o poder de barganha de alguns *stakeholders* impossibilite que a operadora divida a responsabilidade com os outros. Por exemplo, o poder de barganha entre a operadora e a indústria se dá muito mais no âmbito comercial do que na responsabilização pela qualidade ou mau uso do produto. O governo também é pouco responsabilizado em função de tratamentos mal sucedidos ou baixa qualidade de um serviço. Mesmo com essas divergências, todos os *stakeholders* mais relevantes do setor estão focados em simplificar, padronizar e eliminar o excesso de papéis em transações. As agências e os órgãos do consumidor são ativos e a favor da padronização via plataformas específicas de informações, mesmo que essas iniciativas não reduzam a burocracia.

De maneira geral os respondentes da operadora A acreditam que a relação com os corretores é saudável, embora tenha sinalizado que existem alguns que legislam em causa própria fazendo com que a empresa-cliente busque novas opções em função de uma melhor comissão.

Operadora B

A Operadora B é considerada uma empresa de grande porte no mercado de saúde localizada em São Paulo e não é a líder da modalidade em números de beneficiários. Não possui serviços próprios

e fornece planos de saúde para pessoas físicas e, principalmente, para empresas de pequeno e médio porte, com planos do segmento intermediário ao “TOP”. Tem como proposta de valor promover a saúde por meio de uma rede completa e especializada com soluções voltadas para promoção e prevenção. Em 2009 obteve índice de sinistralidade superior à média da categoria e um índice de satisfação superior à média do setor segundo a ANS.

Identificação dos *stakeholders*

Os respondentes da operadora B citam como *stakeholders* mais importantes os acionistas e investidores, os clientes pessoa jurídica (empresas contratantes), a rede credenciada (prestadores de serviços), o governo e as corretoras, sendo estes dois últimos considerados como os que mais influenciam o dia a dia da seguradora. Os clientes pessoa física também foram citados, porém com menor importância em função deste não ser o foco do relacionamento e sim a empresa contratante que acaba realizando a integração destes. Os acionistas e investidores foram relacionados porque estão totalmente atrelados ao resultado da empresa em um mercado que está em plena consolidação da indústria com a formação de grandes *players* com alto poder de barganha. Consideram as empresas contratantes como responsáveis pela receita e apontam que elas querem fazer valer seu contrato de acordo com a disponibilização de todos os procedimentos indicados pelo novo rol da ANS e do contrato preestabelecido entre as partes que contempla tanto o serviço padrão, quanto serviços adicionais inseridos.

Os prestadores de serviços (hospitais, laboratórios e médicos) são fundamentais para que o atendimento seja realizado. De forma geral buscam parceria, sempre aliada à demanda maior.

Também enaltecem que o governo, por meio da ANS, visa estabilizar o mercado e garantir um melhor atendimento tanto em relação à cobertura quanto no cumprimento das cláusulas relacionadas à ação social (através de procedimentos relacionados ao controle de natalidade), existindo ainda a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), que visa representar institucionalmente as Seguradoras Especializadas em Saúde e das Medicinas de Grupo. A ANS exige que os negócios dentro de uma seguradora sejam intermediados por uma corretora. Além disso, para estes respondentes, as corretoras são responsáveis por aproximadamente 98% dos contratos da nossa empresa (os outros 2% são provenientes de *cross selling*, ou seja, de outros produtos comercializados pela empresa). A partir do envolvimento com a corretora é que os outros processos são iniciados, tais como: adequação da rede, envolvimento das áreas internas e área de relacionamento.

Sinalizam que existem dois tipos de corretoras, segundo os respondentes desta operadora: aquelas consideradas especialistas em consultoria e administração de benefícios, que costumam administrar o seguro para a empresa buscando as melhores alternativas de gestão de sinistro e saúde, e outras que conhecem menos o negócio e colocam a saúde em segundo plano. Apontam que as corretoras acabam funcionando como um consultor da empresa contratante. Afirmam que dentre os benefícios a seguradora acredita que seja significativo o de facilitar o atendimento do usuário final filtrando e agilizando atividades burocráticas, como reembolsos e coberturas, e, para aquelas mais comprometidas, uma gestão do sinistro a partir de um relatório compartilhado pela seguradora. Em alguns casos ela auxilia na gestão da sinistralidade. Geralmente a corretora privilegia a seguradora mais desenvolvida em termos de TI (processos de qualidade, troca de informação por meio eletrônico), embora sejam muito sensíveis ao comissionamento proposto. Foram citados outros *stakeholders* considerados de influência não direta ou de menor importância como: os órgãos de proteção ao cliente; o cliente pessoa física funcionário da empresa contratante, que quer ter o benefício, as necessidades atendidas e é menos exigente do que o portador de plano individual; as empresas fornecedoras de materiais especiais, medicamentos, processamento de conta, provedores de TI, consultores médicos para pareceres específicos (oncologistas), que dão apoio as operações para reduzir o custo no negócio e não possuem foco em melhoria na qualidade; e os funcionários, que possuem pouca especialização no mercado e não são comprometidos em aprimorar e atualizar conhecimentos na área.

Relação entre os *stakeholders*

De maneira geral, os respondentes acreditam que a relação entre os *stakeholders* tenha melhorado muito, entretanto ao analisarem isto pelo lado da empresa contratante, observam que a maioria das ações de melhorias é gerada em função de problemas com a sinistralidade e não com a saúde dos beneficiários finais. Argumentam que a relação de confiança propiciaria menor burocracia tanto para o cliente quanto para prestadores, embora já tenha se evoluído neste sentido em termos de consultas e exames básicos. Apontam que a seguradora, contraditoriamente, aumenta a burocracia para controlar a relação de desconfiança.

Enfatizam que a seguradora funciona como uma ponte entre os outros *stakeholders* e os clientes, sendo o risco de responsabilidade da operadora, e acreditam que, quanto melhor a relação com os outros *stakeholders*, maior será seu envolvimento no negócio. Afirmam que ainda existe muita desconfiança relacionada ao custo de insumos e negociação de tabelas e o foco acaba não sendo direcionando para ações específicas voltadas à saúde do cliente final.

Destacam que a melhor relação se dá entre as empresas contratantes, as corretoras e a seguradora em função do objetivo comum de administrar o benefício. Porém, no caso das corretoras e das seguradoras, representa em algumas situações uma relação infiel sobressaindo o interesse com o comissionamento.

Acreditam que isso traria menos impacto se houvesse uma regulamentação de prazo mínimo de rescisão contratual. Hoje a empresa, no primeiro ano da vigência do contrato, deve realizar a rescisão com 60 dias de antecedência e após o primeiro ano com 30 dias.

Mostram que a ANS deveria olhar mais o lado da operadora e rever a ampliação de coberturas que acabam trazendo uma maior dificuldade de gestão do contrato que só pode ser reajustado anualmente.

Na relação entre os *stakeholders* afirmam que existe uma clara e consistente estrutura de responsabilidades, principalmente entre a seguradora e a empresa contratante e da seguradora junto ao acionista e que isto poderia ser mais claro junto aos prestadores de serviços e a corretora.

Operadora C

A Operadora C é considerada uma empresa tradicional no mercado de saúde localizada em São Paulo e detentora de uma parcela representativa de beneficiários. Possui alguns serviços próprios, dentre eles o hospitalar e o ambulatorial e fornece planos de saúde para pessoas físicas, associações (por adesão) e diretamente para empresas do segmento básico ao intermediário. Tem como proposta de valor promover a saúde por meio de serviços de promoção e prevenção da saúde com um grande controle em custos e uma equipe altamente capacitada. Atua fortemente no mercado corporativo e está entre as maiores empresas do mercado. Em 2009 obteve índice de sinistralidade (relação entre a receita e a despesa assistencial) e de reclamações considerado abaixo da média da modalidade.

Identificação dos *stakeholders*

Na operadora C são destacados pelos entrevistados como *stakeholders* os proprietários, os grupos de proteção ao cliente, os sindicatos, os funcionários, os concorrentes, os fornecedores (material e medicamento e prestadores de serviços), o governo, os clientes (usuário final e empresas contratantes) e os corretores. Segundo estes respondentes, os proprietários do negócio visam, acima de tudo, o lucro e a construção de uma marca com grande apelo e preocupação com a questão da qualidade oferecida. Os grupos de proteção ao cliente são considerados importantes e por isso a operadora busca dar mais clareza aos contratos e reduzir a informalidade, evitando assim ações específicas dessas entidades. Os sindicatos são destacados, uma vez que através deles se normatiza e define os principais benefícios que devem ser oferecidos aos funcionários de determinados setores. Segundo palavras de um dos entrevistados, “o sindicato acaba forçando o empresariado a oferecer o benefício do plano de saúde e a concorrência nos impulsiona de forma saudável a melhorar nossos produtos e serviços.”

Foram enfatizados os funcionários da empresa que ajudam a fomentar melhores práticas e fazem isso por trabalhar em uma empresa com marca conhecida. Destacam que o salário e o prazer de trabalhar andam juntos e a empresa faz questão de administrar bem esta relação. Acreditam que os concorrentes sejam importantíssimos para que as empresas melhorem em qualidade e custo. Apontam que os fornecedores de materiais e medicamentos são foco de grande preocupação e controle da operadora em função do preço e da dificuldade de gerenciamento e na maioria das vezes sua utilização é intermediada pelo médico e hospital. Os prestadores de serviços (médicos, clínicas, hospitais e laboratórios) foram citados com menos importância porque a empresa possui uma ampla rede própria, e a rede de prestadores externa acaba sendo utilizada naqueles locais onde a malha própria ainda não alcança.

O governo normatiza a relação através da ANS (desde 1998) e ajusta, cada vez mais, o setor em consonância com o conselho regional de medicina no que diz respeito às principais necessidades, direitos e deveres dos médicos, e através da Anvisa no que diz respeito à parte técnica (qualidade mínima e instalações). Já os clientes (usuário final e empresa contratante) possuem características e desejos diferentes. O cliente final que contribui (paga parcialmente uma parte) busca qualidade e preço, manutenção da saúde e a cura, ou seja, ele só investe quando paga parte ou integralmente o benefício. Aquele que não paga quer preservar a saúde, mas fará de tudo para exigir isto.

Afirma que a operadora classifica as empresas contratantes de duas maneiras: aquelas que dão o benefício por exigência sindical e, nesse caso, desejam ter um custo mais acessível, além da qualidade no sentido do funcionário ser bem-atendido e voltar logo ao trabalho. Do outro lado existe a empresa contratante que busca uma compra baseada no valor por acreditar que o benefício a auxiliará a ter uma mão-de-obra qualificada. Exige qualidade para manter-se como cliente, além do preço justo.

Argumentam que a predominância na carteira são os clientes que precisam dar o benefício por um preço menor e sabendo disso a operadora C investe na gestão dos custos e se dedica em cuidar mais dos doentes através de ações voltadas para a medicina preventiva. As corretoras são primordiais dentro do sistema, uma vez que trabalham como intermediárias entre a empresa contratante e a operadora na tentativa de controlar a sinistralidade. Porém, acreditam que ainda não exista nenhuma gestão do conhecimento capaz de reduzir sinistros médicos a não ser um conjunto de ações intermediadas pela operadora. Por fim, citou a indústria farmacêutica como um *stakeholder* que poderia contribuir muito além de vender o medicamento, tais como ações específicas para comprovar que os medicamentos estão realmente fazendo efeito seriam bem-vindas. Os respondentes consideram como os mais importantes os proprietários do negócio, o sindicato, as empresas contratantes, a rede própria, o governo e os fornecedores de material e medicamento. Os outros *stakeholders* vão caindo de importância em termos de influência.

Relação entre os *stakeholders*

Consideram que a relação entre os *stakeholders* está melhorando a cada dia, passando de amadora para uma relação mais profissional, embora ainda exista muita suspeita e desconfiança. A relação do médico e da operadora é de pouca confiança (principalmente por parte do médico) e precisa melhorar muito. Em relação ao prestador de serviços hospital e laboratório, não vêem grandes problemas, embora destaquem que culturalmente essa relação é ruim, principalmente pelo histórico de falta de pagamento em razão de glosas, fraudes e má administração do contrato.

Mostram que algumas vezes a relação do hospital e da empresa é herdada em função de contratos anteriores e por isso esse fornecedor tende a cuidar mais dessa relação. Com o usuário final, apesar de existir um grande *turnover*, a empresa contratante costuma investir para tentar amenizar os impactos no sinistro. Afirmando que os fornecedores de produtos farmacêuticos também não estão alinhados com os interesses das operadoras e sim mais alinhados com o interesse do médico solicitante.

Apontam que os clientes fiéis estão mais propensos a investir na relação e encontrar juntos ações de gestão do sinistro. Ao contrário daqueles que não têm nenhum apego ou fidelidade e no descolamento de sinistro buscam nova alternativa no mercado.

Apesar de uma relação ainda conflitante existe uma clara e consistente estrutura de responsabilidade, principalmente em função daquilo que é exigido pela ANS e acreditam que muitas melhorias ainda devam ser feitas.

Operadora D

A Operadora D é considerada uma empresa tradicional no mercado de saúde e está entre as maiores cooperativas do Brasil. Fica localizada em São Paulo. Possui alguns serviços próprios, dentre eles o hospitalar e o ambulatorial e fornece planos de saúde para pessoas físicas, associações de classe (por adesão) e diretamente para empresas de pequeno e médio porte principalmente no segmento de planos básicos ao “TOP”. Tem como proposta de valor fornecer recursos por meio de programas de promoção e prevenção à saúde com alta qualidade e melhor custo. Atua fortemente no mercado corporativo, embora tenha aproximadamente 30% de clientes provenientes de planos individuais. Em 2009 obteve índice de sinistralidade inferior a média alcançada pela modalidade e um índice de reclamação pela ANS superior a média das empresas de mesmo porte.

Identificação dos *stakeholders*

Os médicos cooperados, os clientes (empresas contratantes e usuários finais), os prestadores de serviços (laboratorial e hospitalar), as corretoras e o governo são considerados pelos respondentes como *stakeholders*. O médico cooperado foi considerado como muito importante porque, além de prestadores de serviços, são os próprios proprietários do negócio. Sendo assim, parte dos honorários que eles recebem funciona como um adiantamento relacionado à participação nos lucros da cooperativa e a outra parte os honorários da consulta. Segundo os entrevistados, eles se envolvem muito pouco em ações que visam melhorar o seu resultado.

Os clientes (empresas contratantes e usuários) são destacados pelas suas buscas por qualidade, acesso, preço acessível e pela não existência de problemas. Os prestadores de serviços como hospitalares e ambulatoriais são ditos importantes por entregarem o serviço ao usuário e buscam, principalmente, demanda de serviços com melhor remuneração e liberdade de agir. As corretoras são um apoio importante da força de vendas da cooperativa que utiliza esse recurso fortemente junto às associações de classe.

O governo faz a regulamentação do setor, que, segundo os entrevistados, é bastante desorganizado e, que por meio da ANS, impõe regras e controles sem a contrapartida de aspectos que não impactam de maneira positiva as finanças da operadora.

Relação entre os *stakeholders*

Consideram a relação entre eles como saudável, enfatizando que ainda tem muito a melhorar principalmente por meio de uma participação mais ativa e comprometida dos médicos cooperados, que, apesar de serem donos do negócio, pouco se envolvem nas iniciativas de gestão de custos. Mesmo que parte da renda desses médicos advém da participação nos lucros da cooperativa e que eles possam manter os atendimentos a outros convênios, estes profissionais não dão prioridades nas suas agendas aos usuários da cooperativa, além de realizarem solicitações desnecessárias de exames, materiais e medicamentos. Junto aos prestadores de serviços que apontam que a relação entre eles é boa.

Quanto a relação com as empresas contratantes, os respondentes afirmam que precisa melhorar muito em função da gestão conjunta do contrato. Muitas das responsabilidades ainda estão com a cooperativa que não pode mais realizar os reajustes devidos. A relação com o governo poderia ser melhor principalmente em função das regras de coberturas e controle de reajuste de preços, e a relação com as corretoras é considerada boa, principalmente porque a operadora não possui uma equipe própria de vendas, e por meio destas corretoras a operadora oferece planos para entidades por adesão.

Operadora E

Esta operadora faz parte de uma modalidade que tem como proprietária as próprias empresas contratantes. Está entre as 10 maiores desta modalidade e possui um programa de promoção e prevenção da saúde bastante ativo. Para atender a alta complexidade possui hospital próprio e

ambulatoriais próprios. O perfil de clientes são empresas do mesmo ramo industrial, de pequeno a grande porte, com planos do segmento básico ao “TOP”, sendo este último oferecido mediante parcerias com outras empresas do setor. Em 2009 obteve índice de sinistralidade inferior à média da categoria e um índice de satisfação superior à média do setor segundo a ANS.

Identificação dos *stakeholders*

São identificados como *stakeholders* os clientes (empresas contratantes e os usuários finais), os serviços próprios (ambulatorial e hospitalar), o governo, os prestadores de serviços (médicos, laboratórios e hospitais) e a indústria farmacêutica. As empresas contratantes são consideradas primordiais, pois além de fornecerem o benefício aos funcionários são as proprietárias do negócio. Acreditam que quanto melhor for a gestão da utilização, mais adequado será o custo, justamente a principal motivação desta modalidade. Por isso, exigem bom atendimento com entrega de um serviço adequado para uma população que é menos flexível, que não está avaliando outra opção sempre que algo tenha que ser melhorado.

Afirmam que devido a isto, o cliente final acaba tendo o benefício por completo e que este quer ter um atendimento ágil e de qualidade. Para cobrir em capilaridade as regiões dos usuários, esta operadora elege uma rede de prestadores externos, além da rede própria que contempla hospital e ambulatório. De ambas as redes são exigidas qualidade e prontidão no atendimento. Destacam que a principal diferença é que no hospital próprio são alocados os atendimentos de maior complexidade e conseqüentemente de maior custo, sendo necessário um maior controle. Consideram os profissionais médicos muito importantes, uma vez que fazem a elegibilidade principal do atendimento e podem alocar doentes em programas específicos de gestão da saúde. Já o governo é considerado de extrema importância por regular de maneira formal a cadeia de valores como um todo, impondo regras de conduta e realizando o monitorando. A indústria farmacêutica também foi considerada importante em função da capacidade de expandir discussões relacionadas à legitimidade das indicações médicas.

Relação entre os *stakeholders*

A relação da operadora com os *stakeholders* e entre eles é considerada uma relação de desconfiança de ambas as partes. Existem muitos conflitos de interesse quando não se trata dos serviços próprios oferecidos diretamente pela autogestão, principalmente no que tange ao maior comprometido e melhor remuneração dos profissionais.

Apesar dessa realidade acredita que as relações já melhoraram muito. Um exemplo disso foi a parceria realizada com outra operadora do segmento “TOP” para atender de forma mais adequada os clientes de nível hierárquico superior. Além disso, mencionou-se a parceria com uma empresa líder em planos odontológicos, que possibilitou o aumento de escopo de serviços oferecidos. Acreditam que quanto mais o prestador de serviços for envolvido, maior será a confiança entre as partes.

4.1. Avaliação dos *stakeholders* mais relevantes do setor

Pode-se dizer que, na análise deste atributo, as empresas pesquisadas demonstraram clareza e objetividade ao definirem os *stakeholders* mais relevantes destacando aqueles que possuem interesses legítimos e importância em influenciarem ou serem influenciados, alinhando com as afirmações de Donaldson e Preston (1995) e Freeman (1984).

Foram citados os seguintes *stakeholders*: o proprietário do negócio, o governo, o sindicato, os clientes (empresas contratantes e usuários finais), os prestadores de serviços (médicos, hospitais e laboratórios), as corretoras, os concorrentes e os fornecedores de materiais e medicamentos, corroborando e complementando a relação apresentada por Boaventura *et al* (2007).

O governo foi mencionado por todas as operadoras, apesar de ter sido considerado um *stakeholder* muito mais influenciador do que influenciado, na medida em que, unilateralmente impõe regras de conduta. A partir das análises das entrevistas percebe-se que os governantes envolvem muito pouco as operadoras nas decisões mais importantes do setor e que trazem impacto direto em seus custos,

como, por exemplo, o índice de reajuste anual nos contratos junto as empresas contratantes e a constituição do rol de procedimentos cobertos.

O sindicato foi considerado pelos entrevistados de uma das operadoras (C) como importante por possuir grande influência perante as decisões de algumas categorias de empresas contratantes, que, por uma exigência sindical imposta, devem oferecer planos de saúde aos empregados.

As corretoras de planos de saúde, por sua vez, por possuírem grande influência nas decisões de compra de planos de saúde das empresas contratantes, recebem dos entrevistados indicações para um melhor relacionamento em termos de comissionamento (ênfase no percentual financeiro pago a estes) e perfil de atendimento (ênfase no foco a segmentos de mercados buscados). Dentre os entrevistados, a maior influência foi encontrada nas operadoras de modalidade seguradora (B), por uma obrigação imposta pela ANS em terem que considerar as corretoras como intermediárias em qualquer negociação e por uma das medicinas de grupo (C) e a cooperativa (D), por oferecerem uma força de vendas que elas não possuem, corroborando com a afirmação de Freeman (1984) como sendo imprescindíveis ao funcionamento da organização. Já os entrevistados da autogestão (E) não as consideraram importantes dentro do processo de vendas e no relacionamento com as empresas contratantes.

Os proprietários do negócio, de acordo com a maioria dos entrevistados, influenciam e são influenciados pelas decisões e ações que dizem respeito ao andamento do negócio, sendo que para a autogestão e a cooperativa fazem isso de forma mais abrangente; uma vez que na autogestão os proprietários são também as empresas contratantes de plano de saúde, e na cooperativa o quadro de proprietários é formado pelos médicos cooperados que prestam serviço ao usuário final. Essa diferenciação em relação à importância que um possui em relação ao outro corrobora com Campos (2004).

Os clientes, formados pelas empresas contratantes e os usuários finais (funcionários), segundo os entrevistados, acabam se diferenciando no que diz respeito a capacidade de influenciar e ser influenciado por ações realizadas em conjunto com as operadoras no sentido de melhor gerir o contrato. Isso, geralmente ocorre junto às empresas contratantes. Já os usuários finais, apesar, sob a óptica dos entrevistados, não oferecem participação ativa e propensão a mudanças de conduta com foco na saúde sem a motivação da empresa e dos próprios médicos. Nessa linha de raciocínio a afirmação de Basole e Rouse (2008) que o cliente final representa o *stakeholder* mais importante não se aplica por completo junto às operadoras analisadas.

Os prestadores de serviços foram citados unanimemente pelos entrevistados por serem os responsáveis pela entrega do serviço. São eles que oferecem o atendimento médico, hospitalar e laboratorial e que, de alguma maneira, influenciam na situação de saúde dos usuários e, que conseqüentemente, colaboram com o resultado do negócio por meio de um diagnóstico ágil e preciso. Para os entrevistados das operadoras que mantêm pelo menos algum desses serviços na rede própria, ou seja, possuem seus próprios hospitais, laboratórios e centros médicos a capacidade de influência, em termos de controle de custos e ações específicas voltadas ao melhor atendimento ao usuário, é muito mais elevada.

Os concorrentes e os fornecedores de materiais e medicamentos são apresentados como sendo menos influenciáveis pelas operadoras e que muito as influenciam. Os concorrentes por direcionarem iniciativas de mudanças em relação aos serviços com impacto direto junto aos clientes e os fornecedores por participar de parcela importante dos custos das internações e outros procedimentos que acabam sendo intermediados diretamente pelo hospital e pelo médico. Estes aspectos terminam por deixar as operadoras sem uma participação mais significativa nas decisões de escolha tanto em termos de custo quanto em qualidade.

4.2. Avaliação do relacionamento entre os *stakeholders*

De maneira geral os entrevistados consideram a relação das operadoras com os *stakeholders* e entre os próprios *stakeholders* como sendo de desconfiança e com interesses divergentes. O governo pelo uso de seu poder, muitas vezes coercitivo, conforme preceitos de Mitchell, Agle e Wood (1997), se

preocupa muito mais com a defesa do usuário final do que com as repercussões de seus regulamentos impostos sobre o sistema de saúde como um todo, principalmente em aspectos relacionados a precificação do plano e cobertura de procedimentos.

Os prestadores de serviços, por sua vez, apesar de responsáveis pela entrega do serviço, têm uma imagem bastante desgastada junto às operadoras, por privilegiarem na relação a quantidade de procedimentos realizados, ou seja quanto mais consultas, exames, internações e materiais e medicamentos utilizados, maior serão as suas receitas. O inverso não se aplica às operadoras, que por esta linha de raciocínio têm suas planilhas de custos inflados em função destes procedimentos serem arcados por elas. Percebeu-se nas entrevistas que não se sabe se existe a contrapartida para o usuário final em termos de melhoria na saúde com o aumento exagerado do número de procedimentos, na grande maioria na linha curativa sem maiores preocupações com filosofias e qualidades de vida como alternativa e prevenção. Por outro lado, os prestadores são pressionados a reduzirem seus honorários em troca da demanda, conforme relacionado pela operadora B que ofereceu um aumento na demanda em troca da implantação de uma escala de descontos escalonáveis. Esta relação entre operadores e prestadores não corrobora com a afirmação de Porter (2006) quanto trata da necessidade de um modelo de competição baseado em valor com incentivos alinhados no cliente final e não na transferência de custos.

Apenas iniciativas pontuais foram encontradas, como o envolvimento de um hospital para uma campanha específica de mulheres (operadora A), a indicação prestadores de serviços que substituam outros em qualidade e preço (operadora B), o envolvimento de prestadores externos em iniciativas voltadas a troca de informações críticas sobre o cliente (operadora C), e a centralização dos exames laboratoriais do grupo de pacientes crônicos em um único prestador (operadora E), o que vai ao encontro do pensamento de Kippenberger (1997) ao afirmar que mesmo em relações complexas, os *stakeholders* são capazes de encontrar maneiras de adicionarem valor para o cliente. Para as medicinas de grupo (A e C) e a autogestão (E) que possuem serviços próprios de hospitais, laboratórios e ambulatórios, os entrevistados dizem acreditar em uma relação mais próxima e viável por serem passíveis de maior controle e, ao mesmo tempo, investimentos, como por exemplo, em melhorias para atender melhor a alta complexidade em função do alto custo. Mesmo assim, foram citados casos extremos, quando a operadora A remunera em desvantagem seus serviços próprios e da D que não encontra nos serviços próprios a confiança devida em relação ao prazo longo para marcação de consultas e a solicitação de exames incoerente com o quadro clínico, entre outras questões. Os respondentes das operadoras C e E acreditam que os serviços próprios mereçam uma remuneração e atenção maiores justamente por trabalharem em conjunto na busca de interesses comuns.

Junto às empresas contratantes a relação é considerada promissora, principalmente aquelas que possuem um departamento de recursos humanos mais ativo, embora ainda sejam raros os casos de proatividade na gestão do contrato, segundo os entrevistados. Com os outros *stakeholders* as contratantes interagem apenas quando intermediadas pelas operadoras. Esta relação foi considerada uma das mais importantes por tratar justamente dos interesses dos clientes e da operadora em gerir melhor o contrato. Já os entrevistados da operadora E acreditam que a relação com as empresas contratantes seja mais afinada e próspera por serem também as proprietárias do negócio e, desta forma, possuem sinergia em interesses e responsabilidades. Isto se alinha com o pensamento de Archer (1995) ao afirmar que existem meios de trabalho conjunto quando os interesses são compatíveis e necessários.

Os entrevistados das operadoras A, B e D apontam dúvidas a respeito da relação com as corretoras, uma vez que, em alguns casos, legislam por causa própria, transferindo carteiras de clientes para outras operadoras para ganharem um novo e, talvez, maior comissionamento. Os entrevistados da seguradora (B) citaram exemplos positivos, acreditando que uma maior aproximação e envolvimento de causa tende a levar a uma relação de ganho mútuo, neste ponto corrobora com Freeman e Philips (2002) quando afirmam que o alcance dos objetivos depende da forma como as empresas gerenciam as relações.

5. Considerações Finais

O presente artigo buscou identificar e descrever as relações existentes entre os *stakeholders* do setor da saúde frente às iniciativas conjuntas de envolver os clientes nas abordagens de cocriação de valor. As conclusões deste estudo também obedecem ao ordenamento apresentado nas análises dos resultados, ou seja, foram constituídas verificando-as em relação a cada atributo da pesquisa e em seguida em relação aos objetivos, de modo a responder a questão de pesquisa.

Em relação à identificação dos *stakeholders*, tem-se que dentre as operadoras investigadas foi constatada a existência de diversos participantes do setor da saúde como, por exemplo, o governo, o sindicato, as corretoras, as empresas contratantes, os usuários, os prestadores de serviços médicos, laboratoriais, hospitalares, os concorrentes e os fornecedores de materiais e medicamentos. Entretanto, de acordo com os entrevistados e sob a perspectiva da teoria dos *stakeholders* e as possibilidades de interação entre eles e a operadora no que tange o envolvimento do cliente final, foram destacados as corretoras de planos de saúde, as empresas contratantes e os prestadores de serviços, principalmente os da rede própria.

Já no que tange as relações com os *stakeholders* do setor, apesar de ter sido considerada de desconfiança e com interesses divergentes, aparecem situações específicas que levam ao envolvimento dos clientes. As empresas contratantes, principalmente, participam proativamente quando são as próprias proprietárias do negócio, como acontece na autogestão, onde além de serem as empresas que contratam o plano são as proprietárias que administram e acompanham de perto os objetivos que devem ser alcançados, e por isso acabam se envolvendo mais em ações que ofereçam um retorno esperado.

Nas operadoras com pelo menos algum serviço próprio hospitalar, laboratorial ou ambulatorial, a relação pareceu mais transparente e voltada a ganhos mútuos, com investimentos relacionados à garantia da qualidade a ser entregue aos usuários finais, embora tenham sido evidenciados casos de uma remuneração inferior da rede própria em relação à rede contratada. Os prestadores de serviços contratados (não próprios) e as corretoras, por sua vez, acabam participando dessas ações quando motivados pelas operadoras, evidenciando a necessidade de uma padronização maior desse envolvimento, bem como uma clareza nos papéis de cada um em relação aos interesses do usuário final. A relação com o governo foi pautada como de mão única, com pouca ou nenhuma abertura ao envolvimento das operadoras em ações, e que normalmente se converte em impacto financeiro negativo para as operadoras e não contribui para o processo de cocriação de valor. Nesse contexto, as operadoras acabam se situando em uma posição estratégica no sentido de aproximar os participantes da cadeia e viabilizar relações mais saudáveis, visto que elas acabam funcionando como uma ponte entre a empresa contratante, que detém o acesso junto aos usuários finais e os outros *stakeholders*.

Referencias

- AMBLER, T. *The new dominant logic of Marketing: views of the elephant*. London: Centre for Marketing of London Business School, 2004. Working Paper, n. 04-903.
- ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Informações em Saúde suplementar*. Disponível em <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: abr., 2010.
- ANSOFF, H. I. *Corporate strategy*. New York: McGraw-Hill, 1965.
- ARCHER, M. S. *Realist social theory: The morphogenic approach*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
- ARRUDA, M. C. C., CARDOSO, R. C. *Modelos normativos de ética em marketing: inclusão da teoria dos stakeholders e da filosofia realista*. Encontro nacional da Anpad. In: 27° Encontro da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração, Atibaia SP, set. 2003.
- BASOLE, R. C., ROUSE, W. B. Complexity of service value networks: conceptualization and empirical investigation. *IBM Systems Journal*, v. 47, n.1, p. 53-70, 2008.
- BOHMER, Richard M. J. Na linha de frente, a solução para a saúde. *Revista Harvard Business Review Brasil*, São Paulo, p. 33-89, abr., 2010.

- CAMPOS, C. C. *Um estudo das relações entre operadoras de plano de assistência à saúde e prestadores de serviço*. 2004, 187 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.
- CHESBROUGH, H.; SPOHRER, J. A research manifesto for services science. *Communications of the ACM*, v.49, n.7, p.35-40, 2006.
- DAY, George S. The capabilities of market-driven organizations. *Journal of Marketing*, v.58, n.4, p.37-52, oct., 1994.
- DONALDSON, T.; PRESTON, L. E. The stakeholder theory of the corporation: concepts, evidence and implications. *Academy of Management Review*, v.20, n.1, p.65-91, 1995.
- FREEMAN, R. E.; MCVEA, J. A stakeholder approach to strategic management. *Social Science Research Network – SSRN*, Darden Business School Working Paper No. 01-02, 2001. Disponível em: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=263511. Acesso em: 08 jun. 2010.
- FREEMAN, R. E. *Strategic management: a stakeholder approach*. Massachusetts: Pitman Publishing Inc., 1984.
- FREEMAN, R. Edward; PHILIPS, Robert A. Stakeholder theory: a libertarian defense. *Business Ethics Quarterly*, v.12, n.3, p.331-349, 2002.
- FRIEDMAN, Andrew L., MILES, Samantha. Developing stakeholder theory. *Journal of Management Studies*, v.39, n.1, jan., 2002.
- FRIEDMAN, Andrew L., MILES, Samantha. *Stakeholder: theory and practice*. New York: Oxford University Press, 2006.
- FROOMAN, J. Stakeholder influence strategies. *Academy of Management Review*, v.24, n.2, p.191-203, 1999.
- GONÇALVES, Paulo C.; BOAVENTURA, João M. G.; COSTA, Benny K.; MARQUES, Fabio M. L. Análise de stakeholders: um estudo no setor hospitalar do Estado de São Paulo. In: X SEMEAD - Seminário de Administração, 2007, São Paulo. *Anais...* São Paulo - SP: FEA-USP, 2007.
- KIPPENBERGER, T. Do value constellations supersede value chains? *The Antidote*, v.2, n.5, p.29-32, 1997.
- KRUCKEN, L.; MERONI, A. Building stakeholder networks to develop and deliver product-service-systems: practical experiences on elaborating pro-active materials for communication. *Journal of Cleaner Production*, v.14, n.17, 2006.
- LARENTIS, F.; GASTAL, F. O estado da arte do conceito de valor para o cliente: passado, presente e futuro. In: I ENCONTRO DE MARKETING – EMA, 2004, Porto Alegre. *Anais eletrônicos...* Porto Alegre: ANPAD, 2004. 1 CD ROM.
- LOVELOCK, C.; YOUNG, R. F. Look to consumers to increase productivity. *Harvard Business Review*, v.57, n.3, p.168-178, 1979.
- MAGRETTA, J.; STONE, N. *O que é gerenciar e administrar*. Rio de Janeiro: Campus, 2002.
- MITCHELL, R. K.; AGLE, B. R.; WOOD, D. J. Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. *Academy of Management Review*, v.22, n.4, p.853-886, 1997.
- NORMANN, R.; RAMIREZ, R. From value chain to value constellation: Designing interactive strategy. *Harvard Business Review*, Boston, v.71, n.4, p.65-77, 1993.
- PARASURAMAN, A. Reflections on gaining competitive advantage through customer value. *Journal of the Academy of Marketing Science*, v.25, n.2, p.154-161, 1997.
- PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, v.49, n.4, p.41-50, 1985.
- PAYNE, A. F.; STORBACKA, K; FROW, P. Managing the co-creation of value. *Journal of the Academy of Marketing Science*, v.36, n.1, p.83-96, 2007.
- PINE, B. J. Mass customizing products and services. *Strategy and Leadership*, n.21, n.4, p.6-13, 1993.
- PORTAL DA SAÚDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em: 08 nov. 2009.

- PORTER, M.; TEISBERG, O. E. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman, 2006.
- PRAHALAD, C. K.; KRISHNAN, M. S. *A nova era da inovação: a inovação focada no relacionamento com o cliente*. Rio de Janeiro: Campus, 2008.
- PRAHALAD, C. K.; RAMASWAMY, V. A criação de valor compartilhada. *HSM Management*, v.34, p.36-42, set.-out., 2002.
- RUST, Roland T.; ZEITHAML, Valarie A.; LEMON, Katherine N. *O valor do cliente: o modelo que está reformulando a estratégia corporativa*. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- SCHUMANN, David W.; GARDIAL, Sarah F. Understanding value and satisfaction from the customer's point of view. *Survey of Business*, v.28, n.1, p.33-40, summer/fall, 1993.
- VARGO, S. L.; MORGAN, F. Services in society and academic thought: an historical analysis. *Journal of Macromarketing*, v.25, n.1, p.42-53, June, 2005.
- VARGO, S.L.; LUSCH, R.F. *Service dominant logic: what it is, what is not, what it might be*. In LUSCH, R. F.; VARGO, S. L. *The service-dominant logic of marketing: dialog, debate and directions*. Armonk, New York: M.E. Sharpe, 2006. p.43-56.
- VARGO, S.L.; MAGLIO, P.; AKAKA, M. A. On value and value co-creation: a service systems and service logic perspective. *European Management Journal*, London, v. 6, n.3, 2008.
- WEBSTER, JR, Frederick E. Top management's concerns about marketing: Issues for the 1980's. *Journal of Marketing*. v.45, p.9-16, Summer, 1981.
- WOOD, D. J. *Business and society*. Pittsburgh: Harper Collins, 1990.
- WOODRUFF, Robert B. Customer value: The next source of competitive advantage. *Journal of the Academy of Marketing Science*, v.25, n.2, p.139-153, 1997.
- YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- ZHANG, X., CHEN, R. Q. Customer participative chain: linking customers and firm to co-create competitive advantages. *Management Review*, v.18, n.1, p.51-56, 2006.