

INOVAÇÃO NO ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO: A IMPLANTAÇÃO DE AUTOMAÇÃO NOS ATENDIMENTOS DO CALL CENTER DE UMA AUTOGESTÃO.

1. INTRODUÇÃO

A crescente demanda por serviços de saúde e a complexidade dos processos de atendimento ao cliente apresentam desafios significativos para as autogestões. A eficiência no atendimento e a satisfação do beneficiário são críticas para a sustentabilidade desses serviços. A tecnologia tem se mostrado uma aliada importante, especialmente por meio da automação de processos de call center com a utilização de sistemas de Unidade de Resposta Audível (URA), chatbot, dentre outros. Este estudo examina a implementação de atendimentos via URA em uma autogestão de saúde que atende mais de 480 mil beneficiários, visando aprimorar a eficiência operacional e a satisfação dos usuários.

2. OBJETIVO

- a. Identificar os principais desafios enfrentados no atendimento ao beneficiário antes da implementação da URA;
- b. Analisar os motivos mais comuns de contato dos beneficiários com o call center;
- c. Avaliar o impacto da URA com automações na eficiência do atendimento e na satisfação dos beneficiários.

3. METODOLOGIA

3.1 Identificação dos Desafios

Um levantamento inicial foi conduzido para identificar os desafios enfrentados no atendimento. A coleta de dados incluiu análise de registros de chamadas no sistema de atendimento, feedbacks dos beneficiários e entrevistas com atendentes. Os principais problemas encontrados foram:

1. Longo tempo de espera: Apresentava uma média de 12 minutos, com picos que alcançam os 30 minutos;
2. Volume excessivo de chamadas mensais e diárias: Cerca de 55 mil chamadas mensais e 2.500 chamadas diárias, com 30% de rechamada (ligação do mesmo contato em 24 horas), gerando sobrecarga, ineficiência operacional e insatisfação;
3. Inconsistências nas respostas: Variação na precisão e qualidade das informações fornecidas pelos atendentes por conta da rotatividade a alto volume;
4. Alta taxa de abandono (chamadas onde o beneficiário não espera para ser atendido e desliga o contato) Com índices de 15% antes das melhorias realizadas;
5. Baixo Nível de Serviço: Porcentagem de chamadas que são atendidas dentro do tempo previsto, com performance inferior a 50%.

3.2 Análise dos Motivos de Contato

Foi realizada uma análise de aproximadamente 93 mil chamadas para identificar os motivos mais comuns de contato. Os principais motivos incluíram:

1. Consulta a rede credenciada – Beneficiário apresenta dificuldade em encontrar um prestador, conforme a sua necessidade;
2. Status de Guia – Beneficiário ligava várias vezes para consultar o status da sua autorização de procedimentos ou consultas (guia de atendimento);
3. Informações cadastrais – Beneficiário ligava com frequência para acompanhar a situação de sua movimentação cadastral (inclusão de dependentes, mudança de acomodação, exclusão de titular ou dependente e outros), além de utilizarem a central de atendimento como meio de atualização cadastral (alteração de e-mail, telefone ou outro dado);
4. Imposto de renda: informação ou atualização cadastral – Beneficiário entrava em contato para solicitar acesso ao seu demonstrativo
5. Envio de boleto e cobrança – Beneficiários entravam em contato com a central de atendimento para solicitar o envio do seu boleto de pagamento ou verificar o valor da mensalidade cobrada;
6. Dificuldade de agendamento – Beneficiário entrava em contato para informar sobre a dificuldade de agendamento com os prestadores credenciados e pedindo apoio da central para a marcação de consultas e exames;
7. Dificuldade de reconhecimento facial – Beneficiário entrava em contato para informar dificuldade no reconhecimento de sua biometria no ato do atendimento;
8. Prioridade na análise técnica – Beneficiário ligava para informar de uma necessidade urgente da aprovação de sua guia de autorização;
9. Cobertura / Carência – Beneficiário entrava em contato para saber sobre os prazos de cobertura e carência do seu plano;
10. Solicitação de cumprimento de decisões judiciais – Beneficiário ligava para informar sobre o deferimento da sua liminar e solicitando que fosse autorizado e informado no sistema.

3.3 Desenvolvimento e Implementação da URA

Com base nos desafios e motivos de contato, foi criado um método de melhorar o acesso às principais demandas dos beneficiários, além da melhora de processos para resolver as questões relacionadas. Na URA foi configurada integração com o sistema de gestão de planos de saúde, com isso o acesso a determinados motivos de contato foram automatizados, como:

1. Envio de link com o acesso ao guia médico para o celular do beneficiário, via SMS;
2. Disponibilização ao beneficiário do status atual da sua guia de atendimento, após validação dos dados do beneficiário e número da guia, além do status, o beneficiário recebe uma explicação via voz, sobre o que é cada cenário, como por exemplo o status guia em análise, que informa que a guia já está com auditor e em instantes ela estará aprovada ou reprovada;
3. Opção em URA, que informa ao beneficiário o status da sua solicitação de movimentação cadastral, se já está concluída ou em análise pela equipe;

4. Opção para alteração de dados via URA ou envio de link contendo acesso para o beneficiário realizar essas alterações de forma online pelo celular ou computador;
5. Opção que envia ao beneficiário o seu demonstrativo de imposto de renda;
6. Validação sistêmica que envia ao beneficiário o link para acesso ao seu boleto de pagamento, bem como envia acesso ao site na sua área restrita onde este consegue analisar e verificar todas as suas cobranças.
7. Agendamento reverso: escolha na URA do pedido de agendamento, colhendo informações como especialidade, município e horário para atendimento. Dessa forma, a equipe especializada possui acesso a essas informações e realiza o apoio de forma offline ao agendamento com os prestadores, comunicando posteriormente ao beneficiário a data e horário do seu atendimento;
8. Registro via URA da solicitação de prioridade de análise técnica, colhendo do beneficiário o número da guia, para apreciação de equipe especializada que possui este fluxo alinhado e em tela.
9. Alternativa no sistema de resposta automática, que informa ao beneficiário as principais informações sobre cobertura, bem como suas carências.

3.4 Coleta e Análise de Dados

Após a implementação, a eficácia da URA foi monitorada ao longo de seis meses. As métricas analisadas foram:

1. Nível de serviço em 30 segundos, ou seja, porcentagem de chamadas que foram atendidas em até este tempo;
2. Taxa de abandono, ou seja, porcentagem de chamadas que o beneficiário desistia do atendimento;
3. Tempo médio de espera, ou seja, média em segundos do tempo de espera do beneficiário para ser atendido;
4. Índice de automações de atendimento, ou seja, porcentagem média dos atendimentos que foram realizados diretamente pela automação na URA;
5. Índice de satisfação do beneficiário, ou seja, porcentagem de beneficiários que ficaram satisfeitos com o atendimento, atribuindo notas 4 e 5, em método que avalia a satisfação de 1 a 5;
6. Volume médio mensal de chamadas atendidas pelos atendentes humanos.

Os dados coletados foram comparados com as métricas de desempenho antes da implementação para avaliar as melhorias na eficiência do atendimento e na satisfação dos beneficiários;

Os dados foram colhidos nas ferramentas de acompanhamento da Autogestão, bem como nos relatórios internos disponibilizados pelo sistema de telefonia utilizado no estudo.

4. RESULTADOS

4.1 Eficiência do Atendimento

A implementação da URA resultou em uma melhoria significativa na eficiência do atendimento. Dados coletados ao longo dos meses posteriores a implantação apresentaram os seguintes resultados:

1. Nível de serviço de 90% frente a 50% antes da implementação das automatizações;
2. Taxa de abandono de 0.8%, frente a 10% antes da implementação das automatizações;
3. Tempo médio de espera de 17.7 segundos, frente a 12 minutos antes da implementação das automatizações;
4. Índice de automações de atendimento de 30% (percentual de chamadas atendidas pela URA), frente a 0% antes da implementação das automatizações;
5. Índice de satisfação do beneficiário de 92%, frente a 80% antes da implementação das automatizações;
6. Volume médio mensal de chamadas atendidas pelos atendedores de 32.432, frente a 55 mil antes da implementação das automatizações.

5. CONCLUSÃO

A implementação da URA em uma autogestão de saúde com mais de 480 mil beneficiários resultou em melhorias significativas na eficiência do atendimento e na satisfação dos beneficiários. A URA permitiu uma redução nos tempos de espera, no volume de chamadas abandonadas, na redução total da quantidade de contatos e uma alta taxa de resolução de ligações, demonstrando o potencial da automação no atendimento ao cliente em saúde.

Além disto, os beneficiários que ligam no call center demonstram melhora na satisfação com os atendimentos realizados.

Tudo isso possibilitou, ainda, a melhora nos resultados apresentados e na eficiência operacional, pois não ocorreu aumento de equipe para a melhora dos referidos resultados, gerando uma melhor sustentabilidade com a inovação em saúde do projeto implantado.