

Agência possui serviços que apoiam o consumidor desde a escolha até o relacionamento com a operadora

Em homenagem ao Dia Mundial do Consumidor, celebrado no dia 15 de março, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) destaca ações importantes promovidas em prol da melhor experiência dos usuários de planos de saúde e dos que pretendem contratar o serviço. Atualmente, o setor possui 48.945.306 usuários em planos de assistência médica e 29.225.556 em planos exclusivamente odontológicos, distribuídos em planos de contratação individual ou familiar ou coletiva (empresarial ou por adesão). Os dados são de janeiro de 2022 e estão disponíveis na Sala de Situação, ferramenta de consulta no portal da ANS. [Clique aqui](#) para acessá-los.

Confira os principais serviços e orientações da ANS para o beneficiário de planos de saúde.

Atendimento e intermediação de conflitos

Em 2021, os Canais de Atendimento da Agência receberam 417.382 demandas de consumidores. Dessas, 227.844 (cerca de 55%) foram para esclarecimento de dúvidas e 189.538 foram reclamações contra planos de saúde, sendo mais de 90% das reclamações resolvidas pela Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), ferramenta criada pela ANS para agilizar a solução de problemas relatados pelos consumidores.

A ANS é o principal canal de recebimento de demandas de usuários de planos de saúde no país e atua fortemente na intermediação de conflitos entre beneficiários e operadoras, através da NIP, que conta com mais de 90% de resolutividade. Por meio dela, a reclamação registrada nos canais de atendimento da Agência é automaticamente enviada à operadora responsável, que tem até cinco dias úteis para resolver o problema do beneficiário nos casos de não garantia da cobertura assistencial e até 10 dias úteis em casos de demandas não assistenciais. Se o problema não for resolvido pela NIP, poderá ser aberto procedimento administrativo, que pode resultar na aplicação de multa em face da operadora.

Os beneficiários de planos de saúde também contam com a Ouvidoria da ANS, espaço para registrar sugestões, consultas, elogios, reclamações e denúncias sobre a atuação e os serviços prestados pela reguladora. As manifestações recebidas permitem à ANS aprimorar os serviços prestados à sociedade, bem como a qualidade e a efetividade do atendimento. [Acesse aqui.](#)

Como escolher melhor seu plano de saúde

A ANS entende que a contratação do plano de saúde mais adequado para o consumidor e sua família é uma decisão importante e deve ser feita considerando as necessidades pessoais e as opções disponíveis no mercado. Saber as diferenças entre os tipos de contratação, bem como as segmentações assistenciais e suas respectivas coberturas, é fundamental na hora de contratar um plano. A ANS disponibiliza essas e outras informações na [Cartilha Plano de Saúde.](#)

Já para saber quais são os planos disponíveis para contratação, o consumidor pode consultar o [Guia ANS de Planos de Saúde.](#)

Portabilidade de carências

A portabilidade de carências é um direito garantido a todos os beneficiários de planos de saúde contratados a partir de 01/01/1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98 . Essa opção está disponível aos beneficiários de qualquer modalidade de contratação (planos individuais, coletivos empresariais e coletivos por adesão), mediante o cumprimento dos seguintes requisitos gerais:

- O plano atual deve ter sido contratado após 1º de janeiro de 1999 ou ter sido adaptado à Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98)
- O plano de destino deve ter faixa de preço compatível com o plano atual
- O contrato deve estar ativo, ou seja, o plano atual não pode estar cancelado
- O beneficiário deve estar em dia com o pagamento das mensalidades
- O beneficiário deve ter cumprido o prazo mínimo de permanência no plano:

1ª portabilidade: 2 anos no plano de origem ou 3 anos se tiver cumprido Cobertura Parcial Temporária (CPT) para uma Doença ou Lesão Preexistente.

2ª portabilidade: Se já tiver feito portabilidade antes, o prazo de permanência exigido é de pelo menos 1 ano; ou de 2 anos caso tenha feito portabilidade para o plano atual com coberturas não previstas no plano anterior.

O interesse pela portabilidade de carências aumentou 12,46% de dezembro de 2020 a dezembro de 2021 e o principal motivo para a mudança foi a busca por um plano mais barato.

A ANS disponibiliza aos beneficiários uma cartilha com informações completas sobre o tema para orientar sobre prazos e critérios para realização da portabilidade. [Clique e confira aqui.](#)

Entenda o que o seu plano é obrigado a cobrir

A ANS define uma lista de consultas, exames e tratamentos, denominada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que os planos de saúde são obrigados a oferecer, conforme a segmentação do plano: ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, referência ou odontológico.

Em 1º de outubro de 2021, entrou em vigor a Resolução Normativa nº 470/2021, com revisões sobre o processo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Desde então, as propostas de atualização das coberturas obrigatórias para os planos de saúde regulamentados, isto é, aqueles contratados a partir de 02/01/1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98, passaram a ser recebidas e analisadas de forma contínua pela ANS. Portanto, antes de verificar se tem direito a um procedimento, o beneficiário deve checar o seu tipo de plano de saúde e estar sempre atento às atualizações do Rol. Cabe frisar que o Rol apresenta a cobertura obrigatória, não impedindo os planos de ofertarem coberturas adicionais explícitas no contrato firmado com o consumidor.

[Confira aqui a cobertura mínima obrigatória em vigor.](#)

Prazos máximos de atendimento

São determinados pela ANS para a realização de consultas, exames e cirurgias. Valem para atendimento por um dos profissionais ou estabelecimentos de saúde da rede conveniada ao plano, e não para atendimento por um profissional ou estabelecimento específico de preferência do consumidor. O atendimento para os casos de urgência e emergência é imediato.

Confira aqui os [prazos máximos de atendimento por tipo de serviço](#).

Monitoramento da Garantia de Atendimento

É o acompanhamento do acesso dos beneficiários às coberturas contratadas, realizado com base nas reclamações recebidas pela ANS e na quantidade de beneficiários de planos de saúde. A partir dessas informações as operadoras são classificadas em faixas, possibilitando uma análise comparativa entre elas. As informações são processadas periodicamente e os resultados são divulgados trimestralmente. Acompanhe aqui os resultados das operadoras.

Os planos que descumprem os prazos máximos para realização de consultas, exames e cirurgias ou fazem negativa de cobertura assistencial, frequentemente, podem ter suspensa a comercialização dos produtos que concentram as reclamações de beneficiários. A suspensão é temporária (até que o plano comprove as melhorias exigidas) e tem por finalidade a proteção dos beneficiários destes planos, impedindo riscos à assistência prestada caso novos clientes ingressem nesses grupos.

[Veja aqui](#) a lista de planos com comercialização suspensa atualmente.

Programa de Qualificação de Operadoras

Consiste na avaliação anual de desempenho das operadoras realizada pela ANS. Os resultados da avaliação são traduzidos pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS, que permite a comparação entre operadoras e a ampliação da concorrência, permitindo ao consumidor fazer suas escolhas no momento da contratação ou troca do plano de saúde.

Confira os [resultados do IDSS](#) e o desempenho da operadora de sua escolha.

Todas as informações e orientações acima também podem ser conferidas no Espaço do Consumidor, no portal da ANS, pelo qual o cidadão consegue também ver as regras de manutenção de plano de saúde por aposentados e demitidos, cancelamento ou exclusão de contrato e contratação de plano por empresário individual, entre outras.

Para qualquer dúvida ou reclamação, a ANS está à disposição nos seguintes canais de atendimento ao consumidor:

Fonte: ANS, em 15.03.2022.