

Questionário padronizado pela ANS tem o objetivo de identificar a percepção dos consumidores sobre os serviços dos planos de saúde

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que as operadoras de planos de saúde têm prazo até 30/04 para a realização de pesquisas de satisfação com seus beneficiários em atendimento a requisito do Programa de Qualificação das Operadoras. O objetivo é que a percepção dos usuários sirva de subsídios para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelos planos de saúde.

As pesquisas podem ser aplicadas por diversos meios, tais como: e-mail, ligação telefônica, Whatsapp, aplicativos ou outros canais, incluindo institutos de pesquisa contratados pelas operadoras. A participação dos beneficiários é voluntária.

“Nós entendemos que ouvir os beneficiários é fundamental para identificar se o atendimento oferecido pelos planos de saúde atende às expectativas e se há algo que pode ser aprimorado. A percepção do usuário vai indicar se há e onde estão os gargalos ou quais são os eventuais motivos de insatisfação. Por esse motivo, a realização de pesquisa de satisfação é um dos requisitos para pontuação no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)”, destaca o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Mauricio Nunes.

O questionário aplicado pelas operadoras foi elaborado pela ANS e é composto por 10 perguntas, divididas em três blocos principais: Atenção à Saúde, Canais de Atendimento da Operadora e Avaliação Geral. “A padronização das perguntas garante segurança para o consumidor e permite a comparabilidade dos resultados, com a criação de uma série histórica de dados, o que ajudará a monitorar a evolução da qualidade dos serviços oferecidos ao longo do tempo”, pontua Nunes.

Confira abaixo as questões que compõem a pesquisa de satisfação dos beneficiários de planos de saúde:

A. ATENÇÃO À SAÚDE

1. Nos 12 últimos meses, com que frequência o (a) Sr.(a) conseguiu ter cuidados de saúde (por exemplo: consultas, exames ou tratamentos) por meio de seu plano de saúde quando necessitou?

- ☐ Sempre
- ☐ A maioria das vezes
- ☐ Às vezes
- ☐ Nunca
- ☐ Nos 12 últimos meses não procurei cuidados de saúde

☐ Não sei/não me lembro

2. Nos últimos 12 meses, quando o (a) Sr.(a) necessitou de atenção imediata (atendimentos de urgência ou emergência), com que frequência o (a) Sr.(a) foi atendido pelo seu plano de saúde assim que precisou?

☐ Sempre

☐ A maioria das vezes

☐ Às vezes

☐ Nunca

☐ Nos 12 últimos não precisei de atenção imediata

☐ Não sei/não me lembro

3. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) recebeu algum tipo de comunicação de seu plano de saúde (por exemplo: carta, e-mail, telefonema etc.) convidando e/ou esclarecendo sobre a necessidade de realização de consultas ou exames preventivos, tais como: mamografia, preventivo de câncer, consulta preventiva com urologista, consulta preventiva com dentista etc?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sei/não me lembro

4. Nos últimos 12 meses, como o (a) Sr.(a) avalia toda a atenção em saúde recebida (por exemplo: atendimento em hospitais, laboratórios, clínicas, médicos, dentistas, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e outros)?

☐ Muito bom

☐ Bom

☐ Regular

☐ Ruim

☐ Muito ruim

☐ Nos 12 últimos meses não recebi atenção em saúde

☐ Não sei/não me lembro

5. Como o (a) Sr.(a) avalia a facilidade de acesso à lista de prestadores de serviços credenciados pelo seu plano de saúde (por exemplo: médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, hospitais, laboratórios e outros) por meio físico ou digital (por exemplo: guia médico, livro, aplicativo de celular, site na internet)?

☐ Muito bom

☐ Bom

- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim
- ☐ Nunca acessei a lista de prestadores de serviços credenciados pelo meu plano de saúde
- ☐ Não sei

B. CANAIS DE ATENDIMENTO DA OPERADORA

6. Nos últimos 12 meses, quando o (a) Sr.(a) acessou seu plano de saúde (exemplos de acesso: SAC - serviço de apoio ao cliente, presencial, aplicativo de celular, sítio institucional da operadora na internet ou por meio eletrônico) como o (a) Sr.(a) avalia seu atendimento, considerando o acesso às informações de que precisava?

- ☐ Muito bom
- ☐ Bom
- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim
- ☐ Nos 12 últimos meses não acessei meu plano de saúde
- ☐ Não sei/não me lembro

7. Nos últimos 12 meses, quando o (a) Sr.(a) fez uma reclamação para o seu plano de saúde (nos canais de atendimento fornecidos pela operadora como por exemplo SAC, Fale Conosco, Ouvidoria, Atendimento Presencial) o (a) Sr.(a) teve sua demanda resolvida?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Nos 12 últimos meses não reclamei do meu plano de saúde
- ☐ Não sei/não me lembro

8. Como o (a) Sr.(a) avalia os documentos ou formulários exigidos pelo seu plano de saúde (por exemplo: formulário de adesão/alteração do plano, pedido de reembolso, inclusão de dependentes) quanto ao quesito facilidade no preenchimento e envio?

- ☐ Muito bom
- ☐ Bom
- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim

☐ Nunca preenchi documentos ou formulários exigidos pelo meu plano de saúde

☐ Não sei/não me lembro

C. AVALIAÇÃO GERAL

9. Como o (a) Sr.(a) avalia seu plano de saúde?

☐ Muito bom

☐ Bom

☐ Regular

☐ Ruim

☐ Muito ruim

☐ Não sei/não tenho como avaliar

10. O (a) Sr.(a) recomendaria o seu plano de saúde para amigos ou familiares?

☐ Definitivamente Recomendaria

☐ Recomendaria

☐ Indiferente

☐ Recomendaria com Ressalvas

☐ Não Recomendaria

☐ Não sei/não tenho como avaliar

Fonte: ANS, em 01.04.2025.