

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 até 30/04, as operadoras de planos de saúde podem contactar os beneficiários para a realização de pesquisas de satisfação 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.

“Para que a ANS possa conhecer, de fato, a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde, precisamos ouvir quem recebe o atendimento na ponta, o beneficiário. Nossa ideia é que a percepção do consumidor possa nos apontar as melhores experiências, as insatisfações e os gargalos no atendimento. A proposta é identificar oportunidades de melhoria e cobrar que as operadoras aperfeiçoem o atendimento prestado”, afirmou o diretor-presidente e diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Wadih Damous.

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.

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 19.03.2026.