

A Ouvidoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga o Relatório Estatístico e Analítico do Atendimento das Ouvidorias das operadoras de planos de saúde relativo a 2016, Ano Base 2015. O estudo apresenta os principais temas reclamados pelos beneficiários da saúde suplementar, bem como suas principais manifestações sobre rede credenciada e cobertura assistencial, entre outros temas. O levantamento anual passou a ser obrigatório com a Resolução Normativa nº 323/2013 da ANS, que determinou às operadoras a criação compulsória de estruturas de Ouvidoria vinculadas à entidade reguladora.

Todas as operadoras com registro ativo na ANS tiveram que apresentar os seus dados apurados entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2015.

O Relatório engloba 1.111 Ouvidorias de operadoras. Desse total, 744 tiveram relato de recebimento de manifestações em 2015. Juntas, elas contabilizaram 508.141 manifestações de seus 66.7 milhões de beneficiários, resultando em uma Taxa de Demandas de Ouvidoria (TDO) de 7,6 – o que significa que esse conjunto de Ouvidorias recebeu 7,6 demandas para cada grupo de 1.000 beneficiários.

Odontologia de Grupo e Autogestão são as modalidades de operadora de saúde com TDO maior que o geral, 11,8 e 8,1, respectivamente; seguidas por aquelas com TDO menor: Medicina de Grupo (6,7), Cooperativa Médica (6,6), Filantropia (6,4), Cooperativa Odontológica (3,7) e Seguradora (1,1).

Análise das reclamações dos beneficiários de planos de saúde em 2015

Segundo o tema

A análise do universo das reclamações recebidas pelas ouvidorias demonstrou que 39% delas referem-se à rede prestadora, 25% à cobertura assistencial, 14% a questões administrativas, 13% a assuntos financeiros e 9% ao Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC). O tema Rede prestadora refere-se a rede credenciada, marcação, agendamento e descredenciamento de rede; assuntos de cobertura assistencial se referem aos procedimentos de saúde, autorização, negativa de cobertura e/ou atendimento; questões administrativas dizem respeito a relação comercial, corretores, contrato e cancelamento de planos; enquanto temas financeiros estão relacionados a reajuste, boletos, cobranças e reembolso.

Apesar de rede prestadora ser o tema mais frequente das reclamações, entre as operadoras das modalidades Administradora, Cooperativa Médica e Seguradora predominaram temas administrativos (57,2%), cobertura assistencial (36,4%) e financeiros (38,9%), respectivamente.

Segundo o tipo de contrato do beneficiário

Pelo Relatório, observa-se que os reclamantes mais frequentes possuem contrato do tipo Coletivo Empresarial, Individual/Familiar e Coletivo por Adesão, 36%, 31% e 29%, respectivamente. As Administradoras apresentam predomínio de reclamações oriundas de plano Coletivo por Adesão (99,6%); as Seguradoras e Autogestões, com 62,5% e 87,8%, de plano Coletivo Empresarial; e as Filantropias, 63%, de plano Individual/Familiar.

Análise das manifestações dos beneficiários de planos de saúde em 2015

Segundo o tema

O tema mais frequente entre as manifestações de beneficiários de planos de saúde em 2015 foi prestação do Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), com aproximadamente 24% das demandas;

seguido de rede prestadora (22,9%), cobertura assistencial (17,1%), administrativo (19,5%) e financeiro (16,1%).

Rede prestadora (rede credenciada, marcação, agendamento e descredenciamento de rede) foi o tema mais frequente entre as operadoras das modalidades Autogestão (43,7%) e Filantropia (35,7). Cobertura assistencial (procedimentos de saúde, autorização, negativa de cobertura e/ou atendimento) foi mais frequente apenas nas Cooperativas Médicas (29,5%).

As Administradoras e Seguradoras se diferem das outras modalidades, com maior prevalência para assuntos administrativos (54,9%) e financeiros (39,3%), respectivamente. Assuntos administrativos referem-se à relação comercial, corretores, contrato e cancelamento de plano; e financeiros, a reajuste, boletos, cobranças e reembolso.

Segundo o tipo

Em relação ao tipo de manifestação dos beneficiários, consulta por esclarecimentos gerais foi o tipo mais frequente, com aproximadamente 50% das demandas, seguida pelas manifestações de reclamação (45%), elogio (2,8%), sugestão (1,5%) e denúncia (0,5%). Apesar de consulta ser o tipo mais frequente, entre as operadoras das modalidades Administradora, Autogestão, Cooperativa Médica, Filantropia e Seguradora prevaleceram reclamações (92,1%, 73,4%, 52%, 69,3% e 99%, respectivamente).

Nessa análise o que mais chama a atenção é o fato de 99% das demandas das Seguradoras serem do tipo reclamação. Considera-se reclamação as manifestações de desagrado e protesto sobre o serviço prestado pela operadora, suas áreas e/ou prestadores.

[Confira o Relatório Estatístico e Analítico do Atendimento das Ouvidorias 2016 - Ano Base 2015](#)

Fonte: [ANS](#), em 11.07.2016.