

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio de sua Ouvidoria, divulga o Relatório Estatístico e Analítico do Atendimento das Ovidorias das operadoras de planos privados de assistência à saúde REA 2017 (ano base 2016). O estudo, resultado da compilação e análise dos dados enviados pelas Ovidorias das operadoras, apresenta os principais temas demandados e os prazos de resposta na finalização das manifestações. Das 1.216 Ovidorias cadastradas no âmbito da Ovidoria da ANS, 1.001 enviaram os seus relatórios, em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa nº 323/2013, na qual a agência determinou às operadoras tanto a criação compulsória de estruturas de Ovidoria, como o envio do REA.

Dos relatórios enviados pelas operadoras, foram registradas 697 Ovidorias com relato de recebimento de manifestações em 2016. Juntas, elas contabilizaram 523.001 manifestações de seus 65,3 milhões de beneficiários, resultando em uma Taxa de Demandas de Ovidoria (TDO) geral igual a 8,0 – o que significa que esse conjunto de Ovidorias recebeu oito demandas para cada grupo de 1.000 beneficiários.

A grande novidade apresentada no REA-Ovidorias 2017 são os dados relativos às demandas de consumidores classificadas como requerimento de reanálise, possível a partir da divulgação pela ANS da Resolução Normativa nº 395/2016. Tal normativo concedeu ao beneficiário de plano de saúde o direito ao pedido de reanálise da resposta recebida pelo SAC da empresa no âmbito da Ovidoria da operadora para demandas assistenciais (solicitação de procedimentos ou serviços de cobertura assistencial). Dessa forma, apenas 30% das Ovidorias relataram ter recebido tais demandas em 2016. Seguradoras e cooperativas médicas são as modalidades com maior percentual de reanálises.

“O objetivo da Ovidoria da ANS com o REA-Ovidorias é descrever o perfil das Ovidorias das operadoras de planos de saúde, bem como detalhar as demandas recebidas ao longo do ano e o tempo médio de resposta conclusiva ao demandante. Além disso, é apresentada a série histórica de três anos, contendo as principais informações provenientes dos relatórios encaminhados anualmente. Com isso, é possível para a Ovidoria da ANS monitorar a relação entre as operadoras e seus beneficiários, e a satisfação desses com seus planos de saúde, além de subsidiar a formulação de propostas de aperfeiçoamento da regulação do setor”, explicou Luiz Gustavo Meira Homrich, ouvidor da ANS.

[Confira aqui a íntegra do REA-2017](#)

Análise das manifestações dos beneficiários

A análise das manifestações recebidas pelas Ovidorias das operadoras demonstrou que 23% delas se referem a questões administrativas, seguido pelos seguintes temas: rede prestadora (21,3%), Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC (19,8%), assuntos financeiros (18,6%) e cobertura assistencial (17,7%).

Tais manifestações se dividem em simples consulta, com aproximadamente 54% das demandas, reclamação (41,6%), elogio (2,7%), sugestão e denúncia, ambas com 1,1%. Apesar de consulta ser o tipo mais frequente, nas administradoras, autogestões, filantropias, medicinas de grupo e seguradoras prevaleceram as reclamações.

Análise das reclamações dos beneficiários

A análise das reclamações recebidas pelas Ovidorias (41,6% das manifestações) demonstrou que 28% delas se referem a questões administrativas, seguido pelos seguintes temas: assuntos financeiros (26%), rede prestadora (22%), cobertura assistencial (16%) e SAC (8%).

Apesar do tema mais frequente das reclamações ser administrativo, nas cooperativas médicas, filantropias e medicinas de grupo o tema mais recorrente foi rede prestadora. Entre as autogestões, odontologias de grupo e seguradoras predominaram os assuntos financeiros. Também foi observado que os reclamantes mais frequentes possuem contrato do tipo coletivo por adesão, coletivo empresarial e individual/familiar (38%, 30% e 29%, respectivamente).

Prazo de resposta ao beneficiário

A Resolução Normativa nº 323/13 da ANS fixou o prazo de resposta conclusiva da Ouvidoria da operadora ao demandante como não superior a sete dias úteis, sendo admitida a pactuação de prazo maior, não superior a 30 dias úteis. Nesse sentido, de acordo com o relatado pelas Ouvidorias das Operadoras, em 2016, 92% das unidades concluíram suas demandas dentro do prazo de até sete dias úteis estabelecido no normativo.

Fonte: ANS, em 27.07.2017.