

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga, nesta quinta-feira (30/11), a lista de planos de saúde que terão a comercialização suspensa em função de reclamações relativas à cobertura assistencial - como negativas e demora no atendimento - recebidas no 3º trimestre de 2017. A medida faz parte do acompanhamento periódico realizado pela reguladora através do Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento. Neste ciclo, estão sendo suspensos 31 planos de saúde de 10 operadoras. A medida entrará em vigor no dia 08/12. Os 167,7 mil beneficiários dos planos suspensos neste ciclo estão protegidos com a medida e continuam a ter assistência regular.

A diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Karla Coelho, explica que o Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento tem como objetivo garantir uma assistência mais qualificada aos beneficiários de planos de saúde. “A medida é um incentivo para que as empresas ofereçam aos seus clientes melhores serviços. Para isso, a ANS monitora as reclamações registradas pelos beneficiários e, a cada três meses, identifica as operadoras e planos com maior número de reclamações assistenciais, tendo em conta o número de beneficiários e a segmentação assistencial”, destaca.

Os produtos afetados só podem voltar a ser comercializados para novos clientes se comprovarem a melhoria no atendimento. Neste ciclo, estão sendo reativados 27 planos de saúde de sete operadoras.

No 3º trimestre de 2017 (01/07 a 30/09), a ANS recebeu 15.912 reclamações de natureza assistencial através de seus canais de atendimento. Desse total, 14.138 queixas foram consideradas para análise pelo Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento. Foram excluídas as reclamações de operadoras que estão em portabilidade de carências, liquidação extrajudicial ou em processo de alienação de carteira, cujos planos não podem ser comercializados em razão do processo de saída ordenada da empresa do mercado. No período, 92% das queixas foram resolvidas pela mediação feita pela ANS via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), o que garantiu a solução do problema a esses consumidores com agilidade.

“A suspensão da comercialização de planos é um dos resultados do intenso trabalho de fiscalização da ANS. O trabalho realizado permite que o consumidor nos procure por qualquer de nossos canais de atendimento e tenha seu problema resolvido de forma ágil”, destaca a diretora-adjunta de Fiscalização, Flávia La Laina. “O índice de resolução das intermediações feitas pela fiscalização atingiu 92% das demandas do período. Os casos não resolvidos viram processos contra as operadoras e também são contabilizados para a suspensão da comercialização, mais uma medida para proteger o consumidor”, acrescenta.

[Acesse aqui a lista de planos com comercialização suspensa](#)

[Acesse aqui a lista de operadoras com planos totalmente reativados](#)

[Acesse aqui a lista de operadoras com planos parcialmente reativados](#)

[Veja a classificação de todas as operadoras](#)

[Veja a apresentação dos resultados](#)

### **Resumo dos resultados do Programa de Monitoramento - 3º trimestre/2017**

31 planos com comercialização suspensa

10 operadoras com planos suspensos

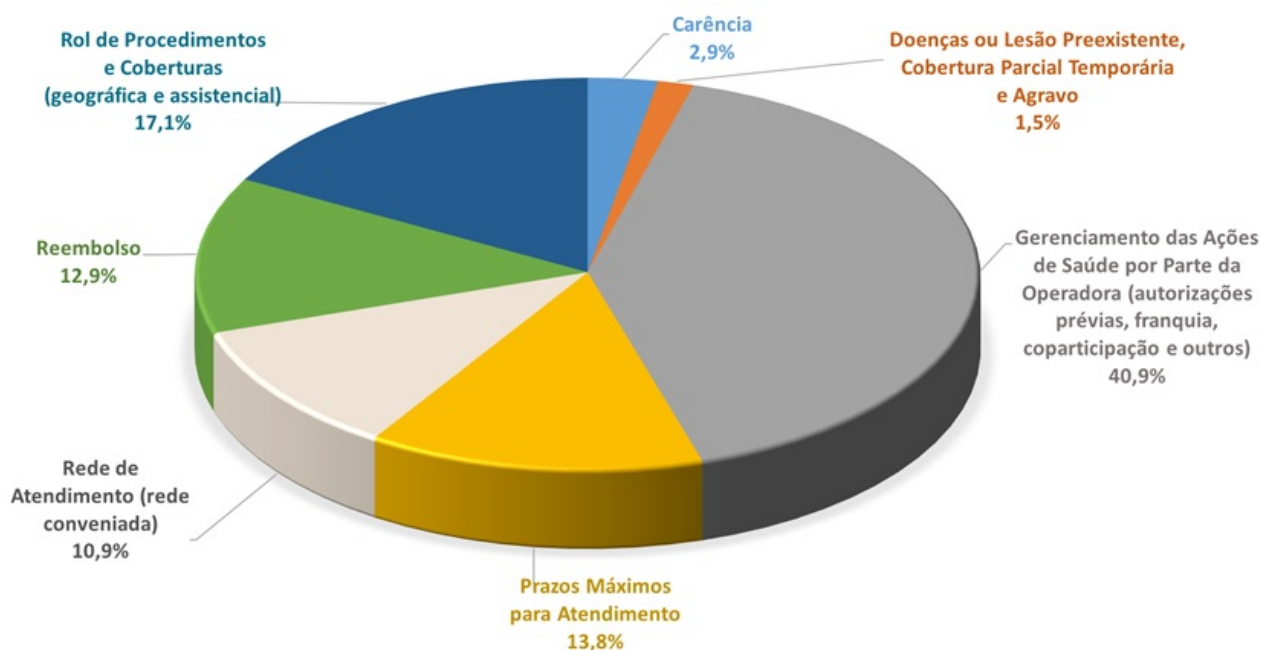
167.729 consumidores protegidos

27 planos reativados

4 operadoras com reativação total de planos (21 produtos)

3 operadoras com reativação parcial de planos (6 produtos)

## Perfil das reclamações assistenciais no período analisado



## Informações detalhadas por operadora e por faixa de classificação

Os beneficiários também podem consultar informações do programa de monitoramento por operadora, conferindo o histórico das empresas e verificando, em cada ciclo, se ela teve planos suspensos ou reativados.

Para dar mais transparência e possibilitar a comparação pelos consumidores, a ANS disponibiliza ainda um panorama geral com a situação de todas as operadoras, com a classificação das empresas nas quatro faixas existentes (que vão de 0 a 3).

[Clique aqui e faça a consulta por operadora de plano de saúde.](#)

## Perguntas e respostas

### 1. Qual o objetivo do Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento?

O Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento tem o objetivo de identificar, trimestralmente, o comportamento das operadoras de planos de saúde em relação à assistência prestada a seus beneficiários. Com base em reclamações realizadas junto aos canais de atendimento da ANS, é possível verificar se o serviço é feito de forma adequada e em tempo oportuno e comparar as operadoras de acordo com a modalidade.

### 2. Como é a metodologia do programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento?

A metodologia que vem sendo aplicada desde o terceiro trimestre de 2015 distribui as operadoras de planos de saúde em faixas que vão de 0 a 3, sendo zero o melhor resultado.

Essas faixas representam o número de reclamações consideradas procedentes sobre cobertura assistencial (negativas ou demora no atendimento, por exemplo) em relação ao total de beneficiários da operadora. A comparação entre as operadoras se dá de acordo com o tipo de

assistência: médico-hospitalar ou exclusivamente odontológica.

Os interessados também podem consultar a situação de todas as operadoras no programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento e analisar as empresas que prestam melhor assistência e aquelas que apresentam maior risco em relação ao serviço que prestam aos seus consumidores. É importante esclarecer que são excluídas desse monitoramento as operadoras em processo de alienação de carteira e em portabilidade especial/extraordinária de carteiras, por estarem obedecendo ao rito de saída ordenada do mercado de saúde suplementar.

### **3. Como é feito o cálculo do indicador?**

O cálculo do indicador que situará a operadora em determinada faixa é feito dividindo o número de reclamações que indiquem restrição de acesso à cobertura assistencial, processadas no âmbito da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), pela média de beneficiários dos últimos três meses informados pela operadora. As operadoras que apresentam o maior número de reclamações assistenciais, tendo em conta o número de beneficiários e segmentação assistencial, terão um resultado maior no indicador, sendo enquadradas nas faixas superiores do monitoramento.

### **4. O que diferencia cada uma das 4 faixas?**

- Faixa 0 – operadoras sem reclamações consideradas procedentes registradas nos canais de atendimento da ANS
- Faixa 1 – operadoras que apresentaram resultado abaixo da mediana
- Faixa 2 – operadoras que apresentaram resultado igual ou acima da mediana e menor ou igual a 50% acima da mediana
- Faixa 3 – operadoras que apresentaram resultado maior que 50% acima da mediana. Também inclui as operadoras que deixaram de prestar informações obrigatórias à ANS.

### **5. O que leva uma operadora a ter a comercialização de planos suspensa?**

A identificação do risco apresentado pela operadora e a reincidência na faixa mais gravosa em dois trimestres seguidos são os fatores que levam uma empresa a ter a comercialização de seus planos suspensa. Em função disso, caso não tenha havido redução de pelo menos 10% no Índice da Operadora (IO) de um trimestre para o outro ou caso o seu IO tenha sido identificado como discrepante, haverá a suspensão da comercialização. É importante ressaltar que as operadoras que se encontram na faixa mais gravosa também poderão sofrer outras medidas administrativas pela ANS.

**Fonte:** ANS, em 30.11.2017.