

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio de sua Ouvidoria, divulga o Relatório do Atendimento das Ouvidorias das operadoras de planos privados de assistência à saúde – REA 2018 (ano base 2017). O documento é resultado da compilação e análise dos dados enviados pelas ouvidorias das operadoras sobre os atendimentos realizados em 2017 e apresenta os principais temas demandados, bem como os prazos de resposta na finalização das manifestações.

Do total de operadoras em atividade no país em 2017, 96,3% possuem unidades de ouvidoria cadastradas, o que totaliza 1.195 operadoras cumprindo a Resolução Normativa nº 323/2013, pela qual a Agência determinou às operadoras tanto a criação compulsória de estruturas de Ouvidoria como o envio do REA. Juntas, essas operadoras reúnem 99,7% do total de beneficiários de planos de assistência médica e/ou exclusivamente odontológica.

Foram recepcionados pela Ouvidoria da ANS 1.065 relatórios, sendo que 96 apresentaram dados inconsistentes. Dessa forma, foram considerados para análise 969 relatórios enviados pelas ouvidorias das operadoras. Desse total, 617 ouvidorias relataram o recebimento de pelo menos uma manifestação típica de ouvidoria. Juntas, elas contabilizaram 517.061 manifestações de seus 55,9 milhões de beneficiários, resultando em uma Taxa de Demandas de Ouvidoria (TDO) geral igual a 9,2 – o que significa que esse conjunto de ouvidorias recebeu 9,2 demandas para cada grupo de 1.000 beneficiários.

Sobre os pedidos dos beneficiários para a reanálise da resposta recebida pelo Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) da empresa no âmbito da ouvidoria, 30% das ouvidorias relatam ter recebido tais demandas. Seguradoras (88,9%) e Cooperativas Médicas (63,6%) são as modalidades com maior percentual de reanálises.

[Confira aqui a íntegra do REA 2018.](#)

Análise das manifestações dos beneficiários

Os temas mais frequentes das manifestações recebidas pelas ouvidorias das operadoras foram: rede prestadora (27,4%); Serviço de Atendimento ao Cliente (22,7%); financeiro (19,2%); administrativo (16,1%); e cobertura assistencial (14,6%).

Tais manifestações dividem-se em: consulta (52,9%); reclamação (42,4%); elogio (3,3%); sugestão (1,1%); e denúncia (0,3%). Apesar de 'consulta' ser o tipo mais frequente de maneira geral, prevaleceram as reclamações nas administradoras, autogestões, cooperativas médicas, medicinas de grupo e seguradoras. No caso das seguradoras, mais de 98% das demandas são do tipo 'reclamação'.

Análise das reclamações dos beneficiários

A análise das reclamações recebidas pelas ouvidorias demonstrou que 26,5% referem-se aos temas: financeiro; 24,6% a rede prestadora; 23,3% a administrativo; 19,1% a cobertura assistencial; e 6,6% a Serviço de Atendimento ao Cliente.

Apesar do tema mais frequente das reclamações ser 'financeiro', nas cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, filantropia, medicina de grupo e edontologia de grupo o tema mais recorrente foi rede prestadora.

Os reclamantes mais frequentes possuem contrato do tipo coletivo empresarial (41%), seguidos pelos que possuem contrato coletivo por adesão (30,1%) e individual/familiar (26,2%). Percentual menor, 2,7%, foi oriundo de contrato não identificado ou pertencente a outro tipo de demandante que não beneficiário.

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 2017, 89,6% das unidades concluíram suas demandas dentro do prazo de até sete dias úteis estabelecido no normativo. Das unidades de ouvidorias restantes, 9,7% relataram a conclusão de suas demandas dentro do prazo pactuado, de até 30 dias úteis.

Fonte: [ANS](#), em 07.11.2018.