

Neste 15 de março, data em que é comemorado o Dia Mundial do Consumidor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) destaca informações úteis aos usuários de planos de saúde e aos que pretendem contratar o serviço. Atualmente, o setor possui 47.031.971 beneficiários em planos de assistência médica e 25.936.502 em planos exclusivamente odontológicos, distribuídos em planos de contratação individual ou familiar ou coletiva (empresarial ou por adesão). Os dados são de janeiro e estão disponíveis na [Sala de Situação](#) no portal da Agência.

É importante ressaltar que a ANS é o principal canal de recebimento de demandas de usuários de planos de saúde e atua fortemente na intermediação de conflitos entre beneficiários e operadoras. Em 2019, os [Canais de Atendimento da Agência](#) receberam 426.711 demandas de consumidores. Dessas, 293.936 (cerca de 69%) foram para esclarecimento de dúvidas e 132.775 foram reclamações contra planos de saúde, sendo mais de 90% das reclamações resolvidas pela Notificação de Intermediação Preliminar - NIP (veja mais abaixo gráfico com a evolução da resolutividade da NIP, em constante ascensão, nos últimos anos).

Através da NIP, a partir de uma reclamação registrada por beneficiário de plano de saúde nos Canais de Atendimento da ANS, uma notificação automática é encaminhada à operadora responsável, que tem até cinco dias úteis para resolver o problema do beneficiário nos casos de demandas assistenciais e até dez dias úteis para as demais.

CANAIS DE ATENDIMENTO DA ANS



Na Internet

<http://www.ans.gov.br/canais-de-atendimento>



Presencial

Núcleos da ANS existentes em 12 cidades do país

De 2ª a 6ª feira, das 8h30 às 16h30, exceto feriados nacionais

Confira os endereços em: www.ans.gov.br/aans/nossos-enderecos



Deficientes Auditivos

Central de Atendimento: 0800 021 2105

Importante!

- Diante de um problema com o seu plano de saúde, entre primeiro em contato com a sua operadora para buscar solução; obtenha um número de protocolo de atendimento.
- Caso o problema não seja solucionado pela operadora, registre sua reclamação na ANS, fornecendo o número de protocolo.

Os beneficiários de planos de saúde também contam com a Ouvidoria da ANS, espaço para registrar sugestões, consultas, elogios, reclamações e denúncias sobre a atuação e os serviços prestados pela agência reguladora. As manifestações recebidas permitem à ANS aprimorar os serviços prestados à sociedade, bem como a qualidade e a efetividade do atendimento. [Acesse aqui](#).

O que saber antes de contratar um plano de saúde

A contratação do plano de saúde mais adequado para o consumidor e sua família é uma decisão importante e deve ser feita levando-se em conta as necessidades pessoais e as opções disponíveis no mercado. Saber as diferenças entre os tipos de contratação, bem como as segmentações assistenciais e suas respectivas coberturas, é fundamental na hora de contratar um plano. A ANS disponibiliza essas e outras informações na [Cartilha Plano de Saúde](#) e na Cartilha Contratação por [Empresário Individual](#).

Para saber quais são os planos disponíveis para contratação, consulte o [Guia ANS de Planos de Saúde](#).

Importante: o registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. [Verifique aqui](#) se a sua operadora ou aquela que você deseja contratar está devidamente registrada.

A Agência também disponibiliza em seu portal na internet o Índice Geral de Reclamações (IGR), que tem como principal finalidade apresentar um termômetro do comportamento das operadoras no atendimento aos problemas apontados pelos beneficiários. Veja aqui a lista de operadoras com mais reclamações por beneficiário.

Veja também as [dicas de como escolher um plano de saúde](#).

O que o seu plano de saúde é obrigado a cobrir

A ANS define uma lista de consultas, exames e tratamentos, denominada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que os planos de saúde são obrigados a oferecer, conforme a segmentação do plano - ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, referência ou odontológico.

Atualizada a cada dois anos, a lista é válida para os planos contratados a partir de 02/01/1999, os chamados "planos novos". É válida também para os planos contratados antes dessa data mas que foram adaptados à [Lei dos Planos de Saúde](#) (Lei nº 9.656/1998). Portanto, antes de verificar se tem direito a um procedimento, o beneficiário deve checar o seu tipo de plano de saúde.

Cabe frisar que o Rol apresenta a cobertura mínima obrigatória, não impedindo os planos de ofertarem coberturas adicionais explícitas no contrato firmado com o consumidor.

[Confira aqui](#) mais informações sobre a cobertura mínima obrigatória em vigor.

Prazos máximos de atendimento

São determinados pela ANS para a realização de consultas, exames e cirurgias. Valem para atendimento por um dos profissionais ou estabelecimentos de saúde da rede conveniada ao plano, e não para atendimento por um profissional ou estabelecimento específico de preferência do consumidor. O atendimento para os casos de urgência e emergência é imediato.

[Confira aqui](#) os prazos máximos de atendimento por tipo de serviço. [Veja também a Cartilha](#) sobre o tema com informações relevantes.

Monitoramento da Garantia de Atendimento

É o acompanhamento do acesso dos beneficiários às coberturas contratadas, realizado com base nas reclamações recebidas pela ANS e na quantidade de beneficiários de planos de saúde. A partir dessas informações as operadoras são classificadas em faixas, possibilitando uma análise comparativa entre elas. As informações são processadas periodicamente e os resultados são divulgados trimestralmente. [Busque aqui os resultados](#) das operadoras.

Aquelas que reiteradamente descumprem os prazos máximos para realização de consultas, exames e cirurgias ou negativa de cobertura assistencial podem ter suspensa a comercialização dos planos

que concentram as reclamações de beneficiários. A suspensão é temporária (até que o plano comprove melhorias) e tem por finalidade a proteção dos beneficiários destes planos, impedindo riscos à assistência prestada caso novos beneficiários ingressem nestes grupos.

[Veja aqui a lista](#) de planos com comercialização suspensa atualmente.

Portabilidade de carências

É a possibilidade de contratar um plano de saúde, da mesma operadora ou de uma operadora diferente, sem necessidade de cumprir novos períodos de carência, ou de Cobertura Parcial Temporária, já cumpridos no plano de origem. Esse direito é garantido a todos os beneficiários de planos de saúde contratados a partir de 02/01/1999, independentemente do tipo de contratação do plano, desde que cumpram os requisitos mínimos para solicitar a portabilidade de carências, de acordo com as regras dispostas na Resolução Normativa - **[RN nº 438/2018](#)**.

A normativa ampliou o benefício para contratos do tipo coletivo empresarial (antes só era aplicado a contratos individuais ou familiares e coletivos por adesão), entre outras facilidades para aqueles que desejam trocar de plano.

Conheça as regras na **[Cartilha da ANS](#)** sobre o tema e consulte o **[Guia ANS de Planos de Saúde](#)** para verificar quais são os planos de saúde compatíveis com o seu para fins de portabilidade de carências.

Parcerias com órgãos do judiciário e de defesa do consumidor

Nos últimos anos, a ANS estreitou ainda mais sua relação institucional com órgãos e entidades do judiciário e de defesa do consumidor em todo o país através do programa Parceiros da Cidadania. A iniciativa busca integrar os trabalhos desenvolvidos pela Agência e outros órgãos públicos, conferindo maior eficácia na proteção e defesa do consumidor de planos de saúde.

O programa também contribui para reduzir a assimetria de informação no mercado de saúde suplementar por meio da divulgação dos normativos e decisões técnicas da ANS, subsidiando o consumidor com informações necessárias para a escolha de planos de saúde que mais se ajustem às suas expectativas.

Atualmente, o Parceiros da Cidadania tem 33 termos assinados com entidades como Tribunais de Justiça, Defensorias Públicas, Ministérios Públicos e Procons. **[Saiba mais aqui](#)**.

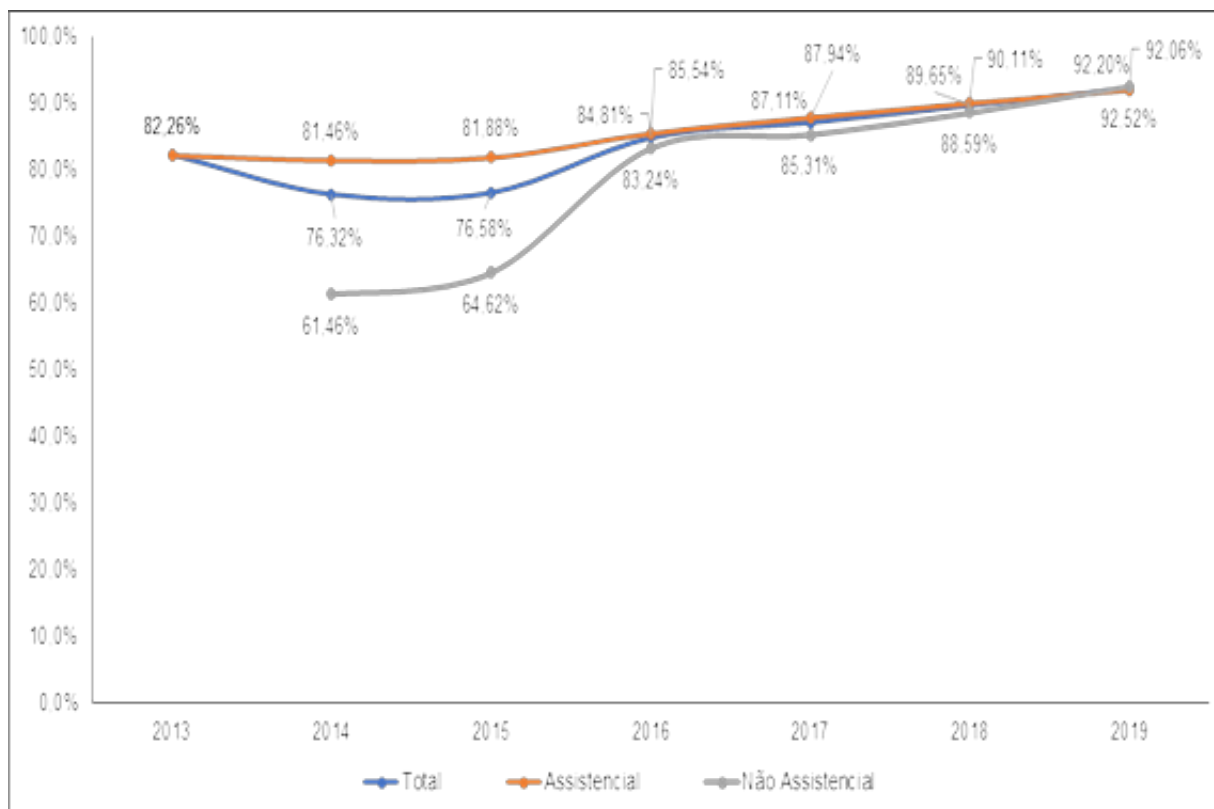
Programa de Qualificação de Operadoras

Consiste na avaliação anual de desempenho das operadoras realizada pela ANS. Os resultados da avaliação são traduzidos pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS, que permite a comparação entre operadoras e a ampliação da concorrência, permitindo ao consumidor fazer suas escolhas no momento da contratação ou troca do plano de saúde.

[Confira os resultados](#) do IDSS e o desempenho da operadora de sua escolha.

No **[Espaço do Consumidor](#)** no portal da ANS, veja ainda cartilhas com as seguintes regras: manutenção de plano de saúde por aposentados e demitidos, cancelamento ou exclusão de contrato e contratação de plano por empresário individual, entre outras.

Evolução da resolutividade da Notificação de Intermediação Preliminar - NIP



Fonte: SIF-Consulta

Data de Extração: 09/03/2020

Fonte: ANS, em 13.03.2020