



Colectta

Instituto de Pesquisa Estatística

PESQUISA DE SATISFAÇÃO ANS 2025

RELATÓRIO FINAL

klini
saúde

INTRODUÇÃO

A pesquisa de satisfação de beneficiários aqui apresentada tem como objetivo central captar, de forma abrangente, precisa e estatisticamente representativa, a percepção dos beneficiários acerca da qualidade dos serviços prestados, da efetividade do atendimento, da clareza e transparência das informações disponibilizadas e da experiência global com o plano de saúde. Mais do que aferir níveis pontuais de satisfação, este estudo busca compreender os principais fatores que influenciam a jornada do usuário, identificar oportunidades estruturadas de aprimoramento e produzir informações qualificadas e acionáveis para a gestão das operadoras.

Este relatório foi elaborado em estrita conformidade com as diretrizes e indicadores de desempenho estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em especial aqueles vinculados ao Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). O IDSS constitui um instrumento estratégico de avaliação comparativa entre operadoras, ao sintetizar dimensões fundamentais como qualidade assistencial, sustentabilidade econômico-financeira, conformidade regulatória e satisfação do beneficiário, promovendo maior transparência, governança e estímulo à melhoria contínua dos serviços ofertados no setor.

A Colectta aporta a este trabalho sua expertise consolidada em pesquisas de satisfação e experiência do cliente, aliada a rigor metodológico, controle estatístico e processos robustos de coleta, verificação e análise de dados, assegurando a confiabilidade e a validade dos resultados apresentados.

Este documento inaugura um conjunto estruturado de entregas analíticas que têm por finalidade não apenas mapear o nível atual de satisfação dos beneficiários, mas também estabelecer uma base consistente para o monitoramento longitudinal dos indicadores e o suporte a processos decisórios orientados por evidências ao longo de toda a cadeia de valor da saúde suplementar.

APRESENTAÇÃO DA EMPRESA RESPONSÁVEL TÉCNICA

A **KLINI PLANOS DE SAÚDE LTDA**, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº **42.202-9**, contratou a Colectta Instituto de Pesquisa e Estatística LTDA para a execução da pesquisa de satisfação de beneficiários.

A Colectta é uma empresa especializada em estudos estatísticos e pesquisas de satisfação, com ampla experiência na condução de levantamentos alinhados às diretrizes metodológicas e aos critérios técnicos estabelecidos pela ANS. A empresa dispõe de equipe técnica qualificada, composta por profissionais devidamente registrados no Conselho Regional de Estatística (CONRE), atendendo às exigências de responsabilidade técnica aplicáveis a esse tipo de estudo.

O responsável técnico pela execução da pesquisa, bem como pela observância e aplicação das recomendações técnicas definidas pela ANS, é o estatístico **Diego Henrique Carvalho Camacho**, graduado e regularmente registrado no CONRE sob o nº 9834-A.

A auditoria independente do estudo, conforme previsto nas diretrizes da ANS, será conduzida pelo estatístico **Fernando Bortoletto**, profissional igualmente qualificado, que representa a empresa FJB Gestão Estratégica e Auditoria.

OBJETIVO



A incorporação da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde como um dos critérios de avaliação do Programa de Qualificação das Operadoras (PQO) tem como finalidade ampliar a participação ativa dos beneficiários no processo de avaliação da qualidade dos serviços ofertados. Os resultados obtidos por meio desta pesquisa constituem um importante instrumento para subsidiar as ações de melhoria contínua da qualidade assistencial e operacional das operadoras de planos de saúde (OPS), bem como para orientar e fortalecer as iniciativas regulatórias conduzidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A pesquisa de satisfação está inserida na Dimensão 3 do PQO — Dimensão de Sustentabilidade de Mercado (IDSM) —, a qual contempla requisitos relacionados ao equilíbrio econômico-financeiro das OPS e à avaliação da satisfação dos beneficiários em relação aos serviços prestados. Essa dimensão reforça a importância da percepção do usuário como elemento estratégico para a sustentabilidade e a competitividade das operadoras no mercado de saúde suplementar.

Adicionalmente, os resultados da pesquisa permitem à operadora compreender, de forma estruturada e baseada em evidências, a percepção de seus beneficiários quanto aos serviços oferecidos, viabilizando a definição de ações estratégicas mais assertivas. Os indicadores gerados apoiam o processo decisório, orientam a priorização de iniciativas de melhoria e contribuem para o aprimoramento do relacionamento e da atuação da operadora junto aos seus beneficiários.

DESCRIÇÃO DOS ERROS NÃO AMOSTRAIS

Não ocorreram erros não amostrais.

Os procedimentos adotados para o tratamento dos erros não amostrais foram definidos considerando a realização da coleta de dados por meio de abordagem da plataforma digital exclusiva da Colectta. A plataforma digital foi acessada por meio de link individual, pessoal e intransferível, enviado aos beneficiários selecionados via e-mail e ou WhatsApp.

Erros durante a coleta de dados

Não foram identificados erros não amostrais relacionados à aplicação do questionário ou ao funcionamento da plataforma digital. Todas as entrevistas e questionários considerados válidos atenderam aos critérios de consistência, completude e conformidade metodológica previamente estabelecidos.

Inconsistências ou invalidação de entrevistas

Para preservação do tamanho amostral e da representatividade do estudo, procedeu-se à substituição por novos elementos da população-alvo, selecionados de forma aleatória e com características equivalentes, em estrita observância ao plano amostral definido.

Recusa à participação

A recusa à participação foi caracterizada pela não adesão ao preenchimento do questionário disponibilizado via plataforma digital. Em tais situações, o beneficiário foi classificado como recusa, sendo realizada a substituição por outro elemento sorteado da população-alvo.

Ausências ou impossibilidades momentâneas

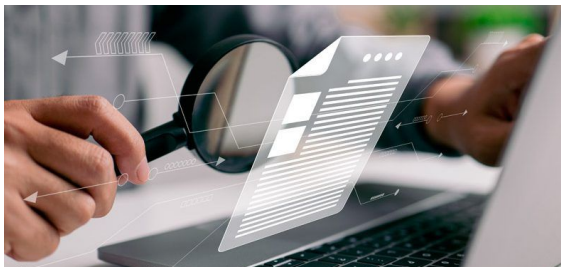
As situações de ausência ou impossibilidade temporária foram caracterizadas pela indisponibilidade momentânea do beneficiário para responder à pesquisa. Nesses casos, foram realizadas novas tentativas de contato, limitadas a vinte tentativas adicionais.

Ajustes e complementações por meio de canais alternativos

Quando necessário, ajustes pontuais, complementações de informações ou validações de respostas foram realizados por meio do canal alternativo ao inicialmente utilizado (e-mail ou WhatsApp) garantindo a correta finalização dos questionários, a integridade das informações registradas e a padronização dos dados coletados.

PROCEDIMENTO DE AUDITORIA INTERNA

ESPECIFICAÇÕES DAS MEDIDAS PREVISTAS NO PLANEJAMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO FRAUDULENTA OU DESATENTA



Previamente ao início da coleta de dados, foi realizado um teste de acesso ao link com foco na unicidade de acesso pelos dados do beneficiário, no correto entendimento do instrumento de pesquisa e na observância das diretrizes metodológicas estabelecidas. Durante o trabalho de campo, a coleta foi acompanhada por um coordenador, responsável por monitorar a aderência aos procedimentos definidos na utilização da plataforma digital exclusiva da Colectta.

Como parte do processo de auditoria interna, foi realizada a verificação de 20% das entrevistas concluídas, por meio da comparação entre os registros inseridos no sistema quando aplicável, bem como da análise de consistência dos questionários respondidos via plataforma digital, assegurando a integridade, a confiabilidade e a conformidade dos dados coletados.

Análise preliminar do cadastro recebido de beneficiários

Para desenvolvimento da pesquisa de satisfação dos beneficiários, foi efetuada uma análise preliminar dos dados verificando os potenciais elegíveis ao universo amostral, ou seja, excluindo beneficiários duplicados e com idade inferior a 18 anos. Segue abaixo a tabela com o resumo:

Descrição	Frequência absoluta	Frequência relativa
Total de beneficiários enviados pela operadora	145.946	100%
Beneficiários com duplicidade na base de dados	0	0%
Beneficiários com idade inferior a 18 anos	33.614	23,03%
Universo amostral	112.332	76,97%

Portanto, **112.332** beneficiários constituíram a população-alvo da pesquisa de satisfação dos beneficiários da operadora. A partir desse universo validado, a Colectta estruturou os estratos de interesse, segmentando a população de acordo com sexo e faixas etárias, de modo a garantir maior precisão nas estimativas e assegurar a representatividade estatística necessária para o desenvolvimento do plano amostral.

PLANEJAMENTO AMOSTRAL

O plano amostral adotado baseia-se em **amostragem estratificada proporcional**.

A realização da coleta de dados foi por meio de abordagem com o uso da plataforma digital exclusiva da Colectta. A plataforma digital foi acessada por meio de link individual, pessoal e intransferível, enviado aos beneficiários selecionados via e-mail ou WhatsApp.

A estratificação foi realizada a partir das variáveis sexo e faixas etárias, conforme recomendação metodológica e melhores práticas em pesquisas de satisfação no setor de saúde suplementar. Essa abordagem assegura que todos os grupos relevantes da população-alvo — finita e previamente tratada — estejam proporcionalmente representados na amostra final, permitindo estimativas mais precisas e redução da variabilidade entre estratos.

A escolha pela amostragem estratificada proporcional é particularmente apropriada para estudos regulados pela ANS, pois possibilita:

- controle da composição da amostra, garantindo adequação ao perfil real dos beneficiários;
- melhor precisão estatística, com redução do erro amostral em comparação a amostragens simples de mesmo tamanho;
- otimização dos recursos de coleta, direcionando esforços aos estratos de maior relevância ou com maior dispersão populacional;
- transparência e reprodutibilidade, características essenciais para pesquisas auditáveis e metodologicamente robustas.

Para análise de dados foram utilizados os indicadores e a seguinte classificação:

T2B (Top Two Boxes) corresponde à soma dos percentuais das **duas categorias mais positivas da escala de resposta** utilizada na pesquisa. Esse indicador representa a proporção de beneficiários que expressam avaliação favorável ou elevada satisfação em relação ao item avaliado.

B2B (Bottom Two Boxes) corresponde à soma dos percentuais das **duas categorias mais negativas da escala de resposta**. Esse indicador reflete a proporção de beneficiários que manifestam insatisfação ou avaliação negativa em relação ao item analisado.

Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam “Nos 12 últimos meses não procurei cuidados de saúde”, “Não sei/não me lembro”, “Nunca acessei a lista de prestadores de serviços”, “Nos últimos 12 meses não acessei meu plano”, “Nos últimos 12 meses não reclamei do meu plano de saúde”, “Nunca preenchi documentos e formulários do meu plano de saúde”, “Não tenho como avaliar”.

Classificação:

Altíssimo : 80% a 100%

Alto : 70% a 79%

Médio : 50% a 69%

Baixo : 30% a 49%

Baixíssimo : 0% a 29%

CRONOGRAMA DE TRABALHO

Todo o processo foi conduzido sob acompanhamento contínuo da coordenação de campo da Colectta e submetido a auditoria interna, garantindo a conformidade metodológica, a rastreabilidade das interações e a integridade das informações coletadas.

A seguir, é apresentado o quadro com o cronograma de trabalho:

Atividade	Data
Recebimento da base de dados da operadora	24/02/2026
Validação da base	28/02/2026
Início da coleta de dados	03/03/2026
Fim da coleta de dados	03/04/2026
Auditoria interna	04/04/2026
Desenvolvimento de relatório e nota técnica	05/04/2026
Entregas à operadora e à auditoria independente	09/04/2026

DEFINIÇÃO DO TAMANHO DA AMOSTRA

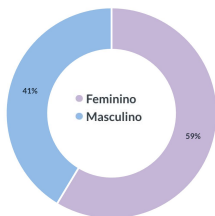
O tamanho da amostra foi definido utilizando o cálculo para amostragem estratificada proporcional em população finita.

Considerando que a população alvo da pesquisa é composta por **112.332** beneficiários da operadora, ao **nível de confiança de 90% e margem de erro máximo de 4,7%**, a amostra foi formada por **307 respondentes**.

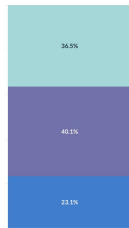
Os beneficiários selecionados na amostra que não foram encontrados ou que se recusaram a responder o questionário foram aleatoriamente substituídos por outros beneficiários.

PERFIL DA AMOSTRA

Sexo



Faixa Etária



Entrevistas Concluídas

● 18-44 ● 45-60 ● 61+

Os principais indicadores para gerar a amostra e estimar os parâmetros são o sexo e faixa etária, para ser possível identificar se é necessário algum ajuste de acordo com a população.

Com o objetivo de corrigir a sub-representação de sexo e faixas etárias na amostra, foi aplicado procedimento de ponderação pós-estratificação por sexo e idade, tomando como referência a distribuição real da base de beneficiários do plano. Desse modo, foram atribuídos fatores de expansão específicos a cada grupo.

Esse ajuste reduz o viés decorrente de diferenças nas taxas de resposta entre idades e sexo e torna as estimativas globais de satisfação mais representativas da carteira de beneficiários. Ressalta-se que a ponderação corrige a distribuição amostral, mas não elimina a necessidade de cautela da interpretação dos dados relacionados aos grupos com baixo número de respondentes

sexo	faixa_etaria	peso
M	18-44	1.49
M	45-60	1.24
M	61+	0.54
F	45-60	0.69
F	18-44	1.17
F	61+	0.93

APROVEITAMENTO DA AMOSTRA

Aproveitamento da amostra			
Situação do questionário	Quantidade de beneficiários	% Beneficiários	Quantidade de ligações
Questionário concluído	307	1,30%	434
Não foi possível localizar o beneficiário - não atendeu o telefone/e-mail/endereço não é do beneficiário da amostra	23.085	98,07%	35.449
Pesquisa incompleta - o beneficiário desistiu no meio do questionário	23	0,10%	25
Outros - demais classificações não especificada anteriormente	0	0,0%	0
O beneficiário não aceitou participar da pesquisa	125	0,53%	227
Total	23.540	100%	36.135

TAXA DE RESPONDENTES - 1,3%

Dos **23.540** beneficiários selecionados para a amostra, tivemos um aproveitamento médio de **1 a cada 76,7 indivíduos** que foi contactado. Antes de ser feita qualquer correção ou desvio da amostra, foi tentado contato em diferentes dias da semana para os beneficiários que não foram localizados, chegando a uma média de **1,5 tentativas para cada contato** antes de mudar para o próximo da amostra.

RESULTADOS PRELIMINARES

Elementos avaliados									
A. Atenção a saúde	Frequência - Cuidado da saúde	Nunca 3,0%	As vezes 30,8%	A maioria das vezes 37,3%	Sempre 24,2%	Nos 12 últimos meses não procurei cuidados de saúde 2,8%	Não sei/não me lembro 1,8%		
		NEGATIVO		POSITIVO					
	Frequência - Atenção imediata	Nunca 11,4%	As vezes 22,0%	A maioria das vezes 14,4%	Sempre 30,4%	Nos 12 últimos não precisei de atenção imediata 19,8%	Não sei/não me lembro 2,1%		
		NEGATIVO		POSITIVO					
	Contato sobre prevenção	Não 71,4%	Sim 20,3%	Não sei/não me lembro 8,4%					
	NEGATIVO		POSITIVO						
Atenção recebida em saúde	Muito ruim 6,4%	Ruim 6,8%	Regular 27,2%	Bom 32,2%	Muito bom 25,1%	Nos 12 últimos meses não recebi atenção em saúde 1,8%	Não sei/não me lembro 0,4%		
	NEGATIVO		POSITIVO						
Acesso a lista de prestadores de saúde	Muito ruim 10,1%	Ruim 13,0%	Regular 29,1%	Bom 27,9%	Muito bom 18,1%	Nunca acessei a lista de prestadores de serviços credenciados pelo meu plano de saúde 1,5%	Não sei 0,3%		
	NEGATIVO		POSITIVO						

Elementos avaliados									
B. Canal de atendimento das operadoras	Atendimento ao SAC	Muito ruim 6,2%	Ruim 10,9%	Regular 27,4%	Bom 34,0%	Muito bom 13,4%	Nos últimos 12 meses não acessei meu plano de saúde 3,4%	Não sei/não me lembro 4,7%	
		NEGATIVO		POSITIVO					
	Demanda resolvida	Não 29,3%	Sim 21,5%	Nos últimos 12 meses não reclamei do meu plano de saúde 40,6%	Não sei/não me lembro 8,6%				
	NEGATIVO		POSITIVO						
Facilidade de preenchimento de form	Muito ruim 1,7%	Ruim 5,7%	Regular 18,5%	Bom 23,4%	Muito bom 8,4%	Nunca preenchi documentos ou formulários exigidos pelo meu plano de saúde 36,1%	Não sei/não me lembro 6,2%		
	NEGATIVO		POSITIVO						
C. Avaliação geral	Nota ao plano	Muito ruim 6,4%	Ruim 10,8%	Regular 35,6%	Bom 29,7%	Muito bom 17,5%	Não sei/não tenho como avaliar 0,0%		
		NEGATIVO		POSITIVO					
Recomendaria o plano	Não recomendaria 20,9%	Indiferente 8,1%	Recomendaria com ressalvas 24,9%	Recomendaria 34,6%	Definitivamente recomendaria 10,0%	Não sei/não tenho como avaliar 1,6%			
	NEGATIVO		POSITIVO						

Análise Descritiva

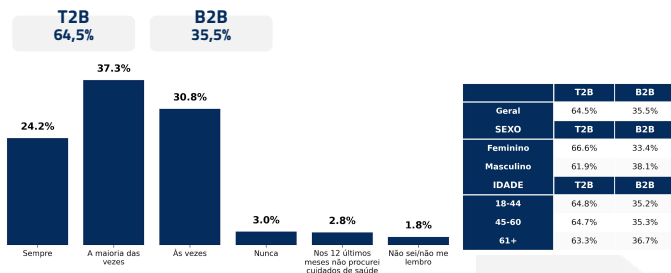
A tabela seguinte apresenta a síntese dos estimadores e erros amostrais por questão aplicada, com base nos dados obtidos no processo de coleta.

Importante destacar que as questões 3 e 7 do questionário aplicado foram excluídas da tabela devido serem variáveis categóricas com respostas dicotômicas (“Sim” ou “Não”).

Pergunta	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Limite Inferior	Limite Superior
1. Nos 12 últimos meses, com que frequência o (a) Sr.(a) conseguiu ter cuidados de saúde (por exemplo: consultas, exames ou tratamentos) por meio de seu plano de saúde quando necessitou?	292	2.87	0.83	0.05	2.79	2.95
2. Nos últimos 12 meses, quando o (a) Sr.(a) necessitou de atenção imediata (atendimentos de urgência ou emergência), com que frequência o (a) Sr.(a) foi atendido pelo seu plano de saúde assim que precisou?	239	2.82	1.10	0.07	2.70	2.93
4. Nos últimos 12 meses, como o (a) Sr.(a) avalia toda a atenção em saúde recebida (por exemplo: atendimento em Hospitais, laboratórios, clínicas, médicos, dentistas, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e outros)?	300	3.64	1.13	0.07	3.53	3.75
5. Como o (a) Sr.(a) avalia a facilidade de acesso à lista de prestadores de serviços credenciados pelo seu plano de saúde (por exemplo: médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, hospitais, laboratórios e outros) por meio físico ou digital (por exemplo: guia médico, livro, aplicativo de celular, site na internet)?	301	3.31	1.21	0.07	3.20	3.43
6. Nos últimos 12 meses, quando o (a) Sr.(a) acessou seu plano de saúde (exemplos de acesso: SAC – serviço de apoio ao cliente, presencial, aplicativo de celular, sítio institucional da operadora na internet ou por meio eletrônico) como o (a) Sr.(a) avaliava seu atendimento, considerando o acesso às informações de que precisava?	282	3.41	1.08	0.06	3.30	3.51
8. Como o (a) Sr.(a) avalia os documentos ou formulários exigidos pelo seu plano de saúde (por exemplo: formulário de adesão/alteração do plano, pedido de reembolso, inclusão de dependentes) quanto ao quanto facilidade no preenchimento e envio?	177	3.54	0.96	0.07	3.42	3.66
9. Como o (a) Sr.(a) avalia seu plano de saúde?	307	3.41	1.09	0.06	3.31	3.51
10. O (a) Sr.(a) recomendaria o seu plano de saúde para amigos ou familiares?	302	3.05	1.30	0.07	2.92	3.17

A – ATENÇÃO À SAÚDE

1. Nos 12 últimos meses, com que frequência o (a) Sr.(a) conseguiu ter cuidados de saúde (por exemplo: consultas, exames ou tratamentos) por meio de seu plano de saúde quando necessitou?



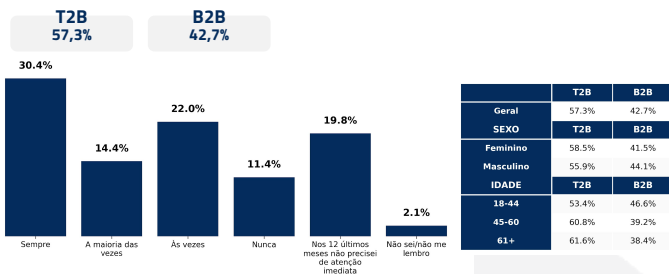
*64,5% dos beneficiários apresentaram percepção positiva (classificação Média) quanto à frequência com que foram atendidos pelo plano de saúde. Analisando os perfis sexo e faixas etárias, as avaliações positivas ocorreram em nível Médio em todos os perfis.

Descrição	Erro	I.C 90%	
		L.I	L.S
Sempre	2.4%	20.3%	28.1%
A maioria das vezes	2.8%	32.7%	41.9%
Às vezes	2.6%	26.5%	35.1%
Nunca	1%	1.4%	4.6%
Nos 12 últimos meses não procurei cuidados de saúde	0.9%	1.3%	4.3%
Não sei/não me lembro	0.8%	0.5%	3.1%

*Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam "Nos 12 últimos meses não procurei cuidados de saúde" e "Não sei/não me lembro".

A – ATENÇÃO À SAÚDE

2. Nos últimos 12 meses, quando o (a) Sr.(a) necessitou de atenção imediata (atendimentos de urgência ou emergência), com que frequência o (a) Sr.(a) foi atendido pelo seu plano de saúde assim que precisou?



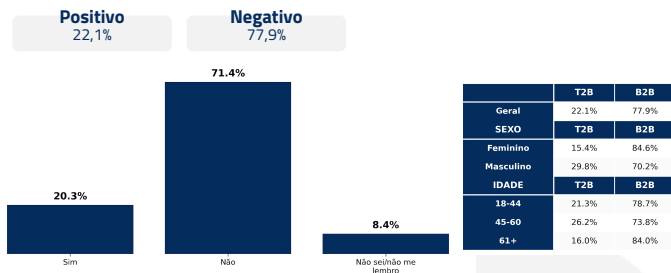
*57,3% dos beneficiários apresentaram percepção positiva (classificação Média) quanto à frequência com que foram atendidos pelo plano de saúde em situação de atenção imediata. Analisando os perfis sexo e faixas etárias, as avaliações positivas de nível Médio ocorreram em todos perfis.

Descrição	Erro	I.C 90%	
		L.I	L.S
Sempre	2.6%	26.1%	34.7%
A maioria das vezes	2%	11.1%	17.7%
Às vezes	2.4%	18.1%	25.9%
Nunca	1.8%	8.4%	14.4%
Nos 12 últimos meses não precisei de atenção imediata	2.3%	16.0%	23.6%
Não sei/não me lembro	0.8%	0.8%	3.4%

*Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam "Nos 12 últimos meses não precisei de atenção imediata" e "Não sei/não me lembro".

A – ATENÇÃO À SAÚDE

3. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) recebeu algum tipo de comunicação de seu plano de saúde (por exemplo: carta, e-mail, telefonema etc.) convidando e/ou esclarecendo sobre a necessidade de realização de consultas ou exames preventivos, tais como: mamografia, preventivo de câncer, consulta preventiva com urologista, consulta preventiva com dentista, etc?



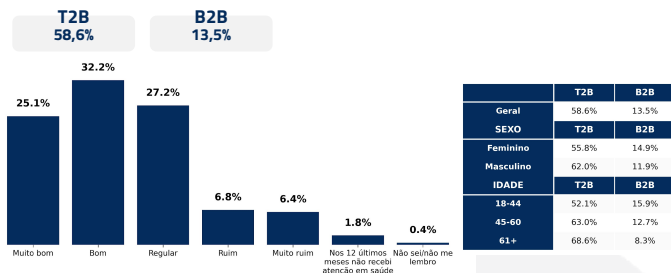
*77,9% dos beneficiários (classificação Alta) afirmam não terem recebido comunicações do plano de saúde relacionadas a convites e/ou orientações para a realização de consultas e exames preventivos. Analisando os diferentes perfis, esta percepção é constante.

Descrição	Erro	I.C 90%	
		L.I	L.S
Sim	2.3%	16.5%	24.1%
Não	2.6%	67.1%	75.7%
Não sei/não me lembro	1.6%	5.8%	11.0%

*Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam "Não sei/não me lembro".

A – ATENÇÃO À SAÚDE

4. Nos últimos 12 meses, como o (a) Sr.(a) avalia toda a atenção em saúde recebida (por exemplo: atendimento em Hospitais, laboratórios, clínicas, médicos, dentistas, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e outros)?



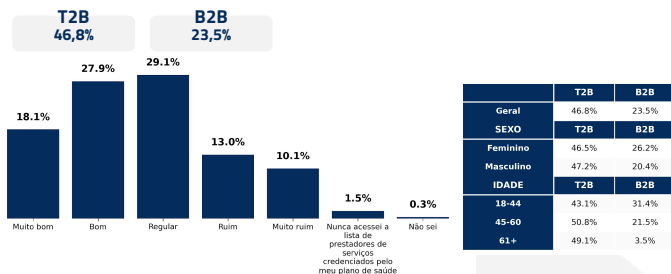
*58,6% dos beneficiários apresentaram percepção positiva (classificação Média) em relação à atenção em saúde recebida nos últimos 12 meses, prevalecendo esta avaliação em todos os perfis.

Descrição	Erro	I.C 90%	
		L.I	L.S
Muito bom	2.5%	21.0%	29.2%
Bom	2.7%	27.8%	36.6%
Regular	2.5%	23.1%	31.3%
Ruim	1.4%	4.5%	9.1%
Muito ruim	1.4%	4.1%	8.7%
Nos 12 últimos meses não recebi atenção em saúde	0.8%	0.5%	3.1%
Não sei/não me lembro	0.4%	0.0%	1.1%

*Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam "Nos 12 últimos meses não recebi atenção em saúde" e "Não sei/não me lembro".

A – ATENÇÃO À SAÚDE

5. Como o (a) Sr.(a) avalia a facilidade de acesso à lista de prestadores de serviços credenciados pelo seu plano de saúde (por exemplo: médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, hospitais, laboratórios e outros) por meio físico ou digital (por exemplo: guia médico, livro, aplicativo de celular, site na internet)?



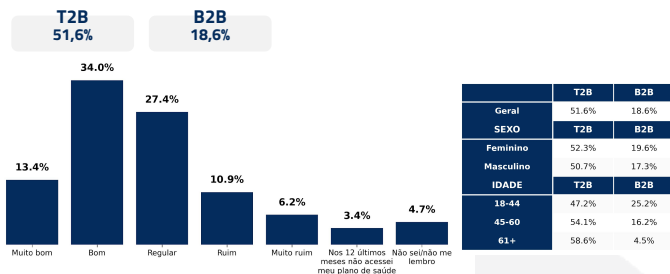
*46,8% dos beneficiários apresentaram percepção positiva (classificação Baixa) quanto à facilidade de acesso à lista de prestadores de serviços credenciados. Esta percepção se mantém em relação ao sexo e faixas etárias, e, na faixa acima de 60 anos, a percepção alcança o nível Baixíssimo (3,5%).

Descrição	Erro	I.C 90%	
		L.I	L.S
Muito bom	2.2%	14.5%	21.7%
Bom	2.6%	23.6%	32.2%
Regular	2.6%	24.8%	33.4%
Ruim	1.9%	9.9%	16.1%
Muito ruim	1.7%	7.3%	12.9%
Nunca acessei a lista de prestadores de serviços credenciados pelo meu plano de saúde	0.7%	0.3%	2.7%
Não sei	0.3%	0.0%	0.8%

*Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam "Nunca acessei a lista de prestadores de serviços credenciados pelo meu plano de saúde" e "Não sei/não me lembro".

B – CANAIS DE ATENDIMENTO DA OPERADORA

6. Nos últimos 12 meses, quando o (a) Sr.(a) acessou seu plano de saúde (exemplos de acesso: SAC – serviço de apoio ao cliente, presencial, aplicativo de celular, sítio institucional da operadora na internet ou por meio eletrônico) como o (a) Sr.(a) avalia seu atendimento, considerando o acesso às informações de que precisava?



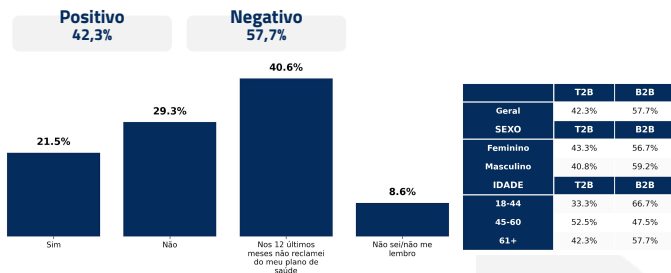
*51,6% dos beneficiários apresentaram percepção positiva (classificação Média) em relação ao acesso às informações por meio dos diferentes canais disponibilizados pelo plano. Nas análises dos perfis, a avaliação positiva alcança nível Baixo na faixa de 18 a 44 anos.

Descrição	Erro	I.C 90%	
		L.I	L.S
Muito bom	1.9%	10.3%	16.5%
Bom	2.7%	29.6%	38.4%
Regular	2.5%	23.3%	31.5%
Ruim	1.8%	7.9%	13.9%
Muito ruim	1.4%	3.9%	8.5%
Nos 12 últimos meses não acessei meu plano de saúde	1%	1.8%	5.0%
Não sei/não me lembro	1.2%	2.7%	6.7%

*Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam "Nos 12 últimos meses não acessei meu plano de saúde" e "Não sei/não me lembro".

B – CANAIS DE ATENDIMENTO DA OPERADORA

7. Nos últimos 12 meses, quando o (a) Sr.(a) fez uma reclamação para o seu plano de saúde (nos canais de atendimento fornecidos pela operadora como por exemplo SAC, Fale Conosco, Ouvidoria, Atendimento Presencial) o (a) Sr.(a) teve sua demanda resolvida?



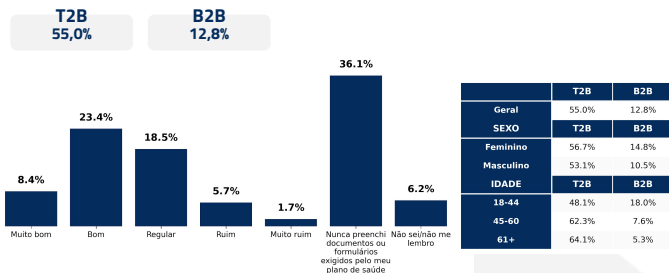
*57,7% dos beneficiários dos que fizeram reclamações afirmam que não tiveram sua demanda resolvida. Esta percepção gera ponto de atenção à operadora.

Descrição	Erro	I.C 90%	
		L.I	L.S
Sim	2.3%	17.7%	25.3%
Não	2.6%	25.0%	33.6%
Nos 12 últimos meses não reclamei do meu plano de saúde	2.8%	36.0%	45.2%
Não sei/não me lembro	1.6%	6.0%	11.2%

*Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam "Nos 12 últimos meses não reclamei do meu plano de saúde" e "Não sei/não me lembro".

B – CANAIS DE ATENDIMENTO DA OPERADORA

8. Como o (a) Sr.(a) avalia os documentos ou formulários exigidos pelo seu plano de saúde (por exemplo: formulário de adesão/alteração do plano, pedido de reembolso, inclusão de dependentes) quanto ao quesito facilidade no preenchimento e envio?



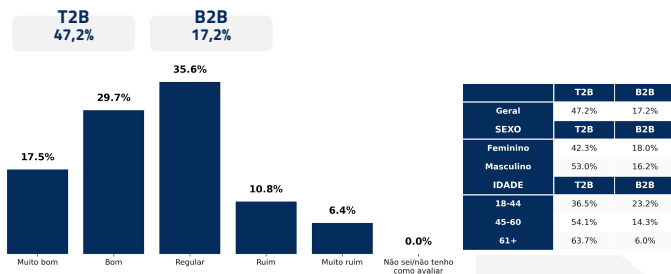
*55% dos beneficiários apresentaram percepção positiva (classificação Média) quanto à facilidade de preenchimento e envio dos documentos ou formulários exigidos pelo plano de saúde. Entre os beneficiários que preencheram documentos, a incidência de dificuldades foi de 12,8% (classificação Baixíssima).

Descrição	Erro	I.C 90%	
		L.I	L.S
Muito bom	1.6%	5.8%	11.0%
Bom	2.4%	19.5%	27.3%
Regular	2.2%	14.9%	22.1%
Ruim	1.3%	3.6%	7.8%
Muito ruim	0.7%	0.5%	2.9%
Nunca preenchi documentos ou formulários exigidos pelo meu plano de saúde	2.7%	31.7%	40.5%
Não sei/não me lembro	1.4%	3.9%	8.5%

*Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam "Nunca preenchi documentos ou formulários exigidos pelo meu plano de saúde" e "Não sei/não me lembro".

C - AVALIAÇÃO GERAL

9. Como o (a) Sr.(a) avalia seu plano de saúde?



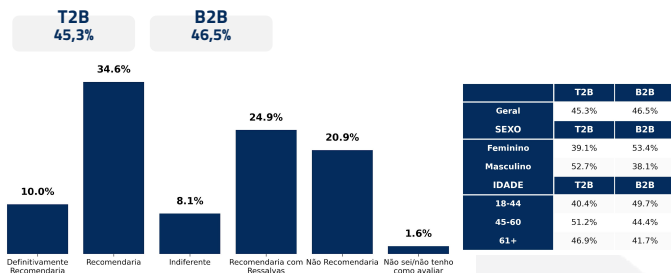
*47,2% avaliaram com positividade (classificação Baixa) o plano no geral. Na análise de perfis, este nível se repete dentre os participantes do sexo feminino e os da faixa etária de 18 a 44 anos.

Descrição	Erro	I.C 90%	
		L.I	L.S
Muito bom	2.2%	13.9%	21.1%
Bom	2.6%	25.4%	34.0%
Regular	2.7%	31.2%	40.0%
Ruim	1.8%	7.8%	13.8%
Muito ruim	1.4%	4.1%	8.7%
Não sei/não tenho como avaliar	0%	0.0%	0.0%

*Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam "Não sei/não tenho como avaliar".

C - AVALIAÇÃO GERAL

10. O (a) Sr.(a) recomendaria o seu plano de saúde para amigos ou familiares?



*45,3% recomendariam o plano de forma espontânea aos familiares ou amigos (classificação Baixa). Entre os beneficiários que responderam a pesquisa, destaca-se a ocorrência da opção de resposta "Recomendaria com ressalvas".

Descrição	Erro	I.C 90%	
		L.I	L.S
Definitivamente Recomendaria	1.7%	7.2%	12.8%
Recomendaria	2.7%	30.2%	39.0%
Indiferente	1.6%	5.5%	10.7%
Recomendaria com Ressalvas	2.5%	20.8%	29.0%
Não Recomendaria	2.3%	17.1%	24.7%
Não sei/não tenho como avaliar	0.7%	0.4%	2.8%

*Essas proporções são calculadas excluindo os beneficiários que responderam "Não sei/não tenho como avaliar".

CONCLUSÕES

A análise dos resultados da pesquisa de satisfação dos beneficiários da Klini evidencia uma percepção heterogênea dos beneficiários em relação aos diferentes aspectos avaliados ao longo da jornada com o plano.

Entre os aspectos mais bem avaliados, destaca-se a frequência com que os beneficiários conseguiram ter cuidados de saúde quando necessitaram, indicando que, de modo geral, o acesso a consultas, exames ou tratamentos ocorre. Também se observam avaliações mais favoráveis em itens relacionados ao atendimento recebido quando buscaram os serviços e à experiência global com o plano, sugerindo que há entrega percebida de valor em parte da jornada.

Por outro lado, os resultados apontam oportunidades importantes de aprimoramento. A frequência com que os beneficiários conseguiram atendimento em situações de atenção imediata (urgência ou emergência) aparece como um dos principais pontos de atenção. Da mesma forma, a facilidade para conseguir consultas, exames e tratamentos, bem como o acesso à lista de prestadores de serviços, sugerem dificuldades na navegação e utilização da rede credenciada.

Também merecem destaque os resultados relacionados à clareza e transparência das informações disponibilizadas pelo plano, à facilidade de preenchimento de documentos ou formulários e à resolução de demandas ou solicitações, que indicam fricções na experiência administrativa do beneficiário. Além disso, a percepção sobre autorização de procedimentos e tempo de resposta reforça a necessidade de revisão de fluxos e comunicação com o usuário.

De forma geral, os achados indicam que a operadora já possui uma base estruturada de atendimento e prestação de serviços, mas que demanda avanços na fluidez dos processos, na comunicação com o beneficiário e na eficiência operacional, especialmente nos momentos de maior sensibilidade da jornada.

É importante ressaltar que a realização da pesquisa e a análise estruturada desses resultados representam um passo relevante no fortalecimento da gestão orientada por evidências. A Klini demonstra, por meio deste estudo, compromisso com a escuta ativa de seus beneficiários e com a melhoria contínua de seus serviços, estabelecendo bases importantes para a evolução da experiência e para o aprimoramento de sua atuação no setor de saúde suplementar.



Colectta

Instituto de Pesquisa Estatística

WWW.COLECTTA.COM.BR