

Índice de Reclamações das operadoras

	COMO ERA	COMO FICOU
INDICADORES	1 indicador: Índice de Reclamações	3 indicadores complementares: Índice Geral de Reclamações (IGR), Percentual de Finalização Assistencial (PFA) e Índice de Abertura de Processo Administrativo (IAP)
CÁLCULO	$IR = \frac{\text{Reclamações}}{\text{Média do número de beneficiários dos últimos 6 meses}} \times 10.000$	$\text{IGR} = \frac{\text{Total de Reclamações}}{\text{Média do número de beneficiários}} \times 10.000$ $\text{PFA} = \frac{\text{Total de reclamações assistenciais finalizadas}}{\text{Total de reclamações Assistenciais}} \times 100$ $\text{IAP} = \frac{\text{Total de reclamações com abertura de processo}}{\text{Média do número de beneficiários dos últimos 3 meses}} \times 10.000$
RECLAMAÇÕES CONSIDERADAS DO CÁLCULO	<ul style="list-style-type: none"> • Reparação Voluntária e Eficaz • Núcleo • Não procedentes • Reclamações procedentes sobre outros temas, encaminhadas diretamente aos Núcleos para análise • Demandas em andamento 	<p>IGR = Reparação Voluntária e Eficaz, Inativas, Não Procedentes e Núcleo</p> <p>PFA = Reparação Voluntária e Eficaz, Inativas e Não Procedentes</p> <p>IAP = Demandas NIP encaminhadas ao Núcleo</p>
RECLAMAÇÕES EXCLUÍDAS DO CÁLCULO	<ul style="list-style-type: none"> • Demandas não procedentes • Não se aplica 	<ul style="list-style-type: none"> • Demandas em andamento • Não se aplica • Exceção • Retorno de Fluxo
UNIVERSO DE OPERADORAS ANALISADAS	São incluídas operadoras com média de beneficiários superior a 100. Não são incluídas as demandas de Administradoras de Benefícios (não têm beneficiários).	O critério foi mantido
PERIODICIDADE DE ATUALIZAÇÃO	Mensal, a partir de dados dos últimos 6 meses	Mensal, a partir de dados dos últimos 3 meses
APRESENTAÇÃO	É calculado e apresentado para grupos de operadoras segundo o porte e para cada operadora individualmente.	É calculado e apresentado para grupos de operadoras segundo porte e tipo de atenção (assistência médico-hospitalar/exclusivamente odontológico). Também pode ser analisado por tipo de classificação das demandas NIP (assistencial/não assistencial) e por assunto (subtema) das reclamações. A consulta é feita ainda para operadoras individualmente.

PORQUE MUDOU

- O conceito do Índice foi modificado para acompanhar a evolução da Agência e das demais formas de monitoramento que foram criadas nos últimos anos. Com isso, pretende-se aumentar o alcance e a funcionalidade do Índice.
- O cálculo do Índice Geral foi aprimorado para retratar as mudanças e a evolução dos normativos que tratam de reclamações de beneficiários.
- A criação de 2 novos indicadores complementares visa dar mais transparência e visibilidade sobre o grau de resolutividade das ações da ANS face às demandas dos beneficiários.
- A mudança permite a atualização mais frequente dos dados de reclamação. Além disso, a periodicidade agora acompanhará as divulgações de outros indicadores da ANS.
- Os dados são apresentados abrindo para um número maior de categorias, permitindo uma visão mais precisa da informação. Não se misturam, por exemplo, demandas de operadoras médico-hospitalares e exclusivamente odontológicas.

Entenda a classificação das demandas

- **Demandas inativas:** Reclamações resolvidas ou sem resposta do consumidor no prazo de 10 dias.
- **Demandas não procedentes:** Reclamações sem indício de infração à legislação vigente.
- **Reparação voluntária e eficaz (RVE):** Reclamações resolvidas sem abrir processo administrativo.
- **Núcleo:** Reclamações encaminhadas para os núcleos da ANS para abertura de processo administrativo em razão da não resolução do conflito entre operadora e consumidor no âmbito da NIP.
- **Demandas NIP assistencial:** Reclamações relacionadas a toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial.
- **Demandas NIP não assistencial:** Reclamações relacionadas a outros assuntos que não a cobertura como, por exemplo, mensalidades e reajustes, rescisão ou cláusulas contratuais.
- **Demandas em andamento:** Reclamações em que os prazos da NIP ainda estão em curso – seja para a operadora ou para o retorno do consumidor – ou aquelas que estão aguardando análise fiscalizatória (demandas com retorno do consumidor informando que a questão não foi solucionada pela operadora de planos privados de assistência à saúde; demandas sem resposta da operadora; demandas com relato de realização do procedimento no SUS; demandas com relato de determinação judicial para resolução do conflito).
- **Não se aplica:** Reclamações em que é identificado que o consumidor não pertence à operadora reclamada, com dados insuficientes para continuidade ou quando é configurada duplicidade.
- **Exceção:** Reclamações ainda em atendimento, aguardando contato com o consumidor ou complemento de informações para o prosseguimento da NIP.
- **Retorno de fluxo:** Reclamações em que o consumidor solicita reabertura ou que os núcleos verificam necessidade de retorno ao fluxo inicial.