

# FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES DO ÍNDICE DE RECLAMAÇÃO

## 1) ÍNDICE GERAL DE RECLAMAÇÕES (IGR)

### Conceito

Número médio de reclamações de beneficiários de planos privados de saúde, que recorreram à ANS, nos últimos três meses. O índice é apresentado tendo como referência cada 10.000 beneficiários do universo de beneficiários analisado. Para cálculo do indicador são incluídas somente as reclamações recebidas nos últimos três meses e classificadas até a data de extração do dado.

### Método de Cálculo

$$\text{IGR} = \frac{\text{Demandas NIP (RVE + Inativas + Não Procedentes + Núcleo)}}{\text{Média do número de beneficiários dos últimos 3 meses}} \times 10.000$$

Média do número de beneficiários dos últimos 3 meses

### Notas:

- (1) Não são incluídas as demandas de operadoras com média de beneficiários inferior a 100.
- (2) Não são incluídas as demandas de Administradoras de benefícios (não têm beneficiários).
- (3) Não entram no cálculo demandas em andamento, não se aplica, exceção e retorno de fluxo.

### Categorias de análise

- Tipo de Atenção: Operadora Assistência Médico-Hospitalar / Exclusivamente Odontológico
- Porte da Operadora
- Classificação das Demandas NIP: Assistencial / Não Assistencial
- Subtemas das Reclamações

### Definição de Termos utilizados no Indicador

- IGR é a sigla para Índice Geral de Reclamações com base nas reclamações registradas na ANS, nos últimos três meses;
- Reclamação: Demandas NIP registradas no SIF;  
RVE: Reparação voluntária e eficaz. A reclamação é resolvida sem abrir processo administrativo sancionador;

- Inativa: Reclamações resolvidas ou sem resposta do consumidor no prazo de 10 dias. As demandas inativas são sujeitas a auditoria interna trimestral amostral para verificação da ausência de resposta ao formulário do consumidor;
- NP: Reclamações não procedentes;
- Núcleo: Reclamações encaminhadas para os Núcleos da ANS para abertura de processo administrativo sancionador;
- Número de beneficiários: calculado utilizando as datas de contratação e cancelamento (rescisão do contrato) do plano de saúde atual do beneficiário, informadas ao Sistema de Informações de Beneficiários (SIB). Este procedimento garante que todo beneficiário será computado, independentemente do momento em que a operadora envia o cadastro à ANS. Por outro lado, faz com que a informação seja permanentemente atualizada, tornando-a sempre provisória.

### **Interpretação do Indicador**

O Índice Geral de Reclamações (IGR) tem como principal finalidade funcionar como um termômetro do comportamento das operadoras do setor, no atendimento aos problemas apontados pelos beneficiários.

Mensura a quantidade de reclamações recebidas pela ANS sobre planos privados de saúde, nos últimos três meses, considerando o universo e a localização geográfica dos beneficiários. Significa que para cada grupo de 10.000 beneficiários houve, em média, X reclamações nos últimos três meses para determinada operadora.

Permite a comparação do volume de reclamações de cada operadora no que concerne a sua atuação na provisão dos serviços de assistência à saúde contratados pelo beneficiário.

Como medida indireta, infere-se que quanto menor o valor do índice, maior é a satisfação dos beneficiários com a operadora.

### **Usos**

- Mensuração do número de reclamações de beneficiários por operadora;
- Divulgação dos índices à sociedade como medida indireta da qualidade da operadora;
- Possibilita a criação de ranking das operadoras pela própria sociedade;
- Análise dos principais problemas relatados pelos beneficiários (cobertura, contratos, etc.)
- Aumento da capacidade preditiva do comportamento das operadoras através da análise da tendência das reclamações.
- Estímulo às operadoras para melhor atuarem no mercado e a investirem na melhoria do relacionamento com os beneficiários e equacionamento de

eventuais problemas ou dúvidas, via centrais de atendimento ao consumidor e ouvidorias.

### **Fontes de Dados**

Sistema Integrado de Fiscalização (SIF) e Sistema de Informação de Beneficiários (SIB).

### **Periodicidade**

O IGR é atualizado mensalmente, a partir dos dados do SIF dos últimos três meses, com possibilidade de revisão dos índices já divulgados em razão do processamento para todas as competências, com cálculo retroativo para todo o período apresentado – em razão dos ajustes nos números de beneficiários e de eventuais reclassificações no status das demandas NIP.

### **Ação Esperada para causar impacto positivo no Índice**

Aprimoramento das ações orientadoras e sancionadoras da ANS sobre as operadoras com alto índice de reclamação.

### **Limitações e Vieses**

O indicador avalia apenas a insatisfação do beneficiário. A mensuração da satisfação se dá de forma indireta e restrita. Para efetivamente mensurar a satisfação dos beneficiários com a operadora seria necessário consultar também os beneficiários que não procuraram os canais de atendimento da ANS.

São consideradas para cálculo do indicador somente as reclamações que foram analisadas, não incluindo as que ainda se encontram em andamento, e não foram analisadas.

### **Referências**

Resolução Normativa nº 48, de 19 setembro de 2003.

Resolução Normativa nº 343, de 17 de dezembro de 2013.

## **2) PERCENTUAL DE FINALIZAÇÃO ASSISTENCIAL (PFA)**

### **Conceito**

Percentual de demandas NIP Assistencial que foram resolvidas, consensualmente, entre beneficiários e operadoras de planos privados de assistência à saúde. Para cálculo do indicador são incluídas somente as reclamações recebidas nos últimos três meses e classificadas até a data de extração do dado.

### **Método de Cálculo**

$$PFA = \frac{\text{Demandas NIP Assistenciais (RVE + Inativas + Não Procedentes)}}{\text{Total de Demandas NIP Assistenciais (RVE + Inativas + Não Procedentes + Núcleo)}} \times 100$$

Total de Demandas NIP Assistenciais (RVE + Inativas + Não Procedentes + Núcleo)

Notas:

- (1) Não são incluídas as demandas de operadoras com média de beneficiários inferior a 100.
- (2) Não são incluídas as demandas de Administradoras de benefícios (não têm beneficiários).
- (3) Não entram no cálculo demandas em andamento, não se aplica, exceção e retorno de fluxo.

### **Definição de Termos utilizados no Indicador**

- PFA é a sigla para Percentual de Finalização Assistencial, com base nas demandas NIP Assistencial dos últimos três meses;
- Reclamação Assistencial: Reclamações classificadas como NIP Assistencial registradas no SIF;
- RVE: Reparação voluntária e eficaz. A reclamação é resolvida sem abrir processo administrativo sancionador;
- Inativa: Reclamações resolvidas ou sem resposta do consumidor no prazo de 10 dias. As reclamações inativas são sujeitas a auditoria interna trimestral amostral para verificação da ausência de resposta ao formulário do consumidor;
- NP: Reclamações não procedentes;
- Núcleo: Reclamações encaminhadas para os Núcleos da ANS para abertura de processo administrativo sancionador.
- Demandas Resolvidas: RVE + Inativa + Não Procedente
- Demandas Não-Resolvidas: Núcleo

### **Interpretação do Indicador**

Afere a capacidade de resolução consensual de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos de saúde, por meio da mediação da ANS, no que concerne as reclamações de natureza assistencial.

A comunicação preliminar da ANS para com as operadoras visa a resolução de reclamações de beneficiários de planos privados de saúde - objeto de NIP assistencial - antes da instauração do processo administrativo.

Um percentual elevado de finalização assistencial indica que a operadora tem maior capacidade de equacionar os problemas relativos a acesso do beneficiário à rede conveniada, cobertura de procedimentos, dentre outros aspectos relativos à assistência à saúde contratada no plano. O Percentual de Finalização Assistencial considera o prazo de 5 dias para que não haja necessidade de encaminhamento para apuração nos Núcleos.

### **Categorias de análise**

- Tipo de Atenção: Operadora Assistência Médico-Hospitalar / Exclusivamente Odontológico
- Porte da Operadora
- Classificação da Demanda NIP Assistencial Resolvida (% Inativa, % Não-Procedente e % RVE)

### **Usos**

- Infere a diminuição do número de procedimentos administrativos no órgão regulador;
- Solução imediata e consensual do conflito entre a operadora e o beneficiário;
- Medida indireta da efetiva garantia de cobertura assistencial por parte do beneficiário;
- Aumento da capacidade preditiva do comportamento das operadoras através da análise da tendência do índice.

### **Fontes de Dados**

Sistema Integrado de Fiscalização (SIF)

### **Ação Esperada para causar impacto positivo no Índice**

Aprimoramento das ações orientadoras e sancionadoras da ANS sobre as operadoras com baixa taxa de resolutividade.

### **Limitações e Vieses**

O cálculo do indicador considera somente as reclamações que foram analisadas, não incluindo as que ainda se encontram em andamento.

Foco nas demandas analisadas e encaminhadas para resolução no âmbito da Notificação de Intermediação Preliminar Assistencial (NIP Assistencial), não incluindo deste modo uma aferição da resolutividade de demandas de caráter não assistencial.

### **Referências e Comentários**

Resolução Normativa nº 343, de 17 de dezembro de 2013.

Desde 2010, todas as demandas de reclamação recepcionadas pela ANS, classificadas como de natureza assistencial, as quais sejam passíveis de mediação são tratadas no âmbito da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). Com a publicação da Resolução Normativa nº 343, de 17 de dezembro de 2013, o escopo da NIP foi ampliado como instrumento de mediação, visando à solução consensual de conflitos de natureza assistencial ou não.

## **3) ÍNDICE DE ABERTURA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO (IAP)**

### **Conceito**

Número médio de demandas NIP Assistencial e Não-Assistencial com indicativo de infração que foram encaminhadas para abertura de processo administrativo nos Núcleos da ANS, nos últimos três meses. As reclamações classificadas como NIP Não-Assistencial – diferentemente das classificadas como Assistenciais – não passam por uma análise prévia antes de serem encaminhadas para o Núcleo. O índice é apresentado tendo como referência cada 10.000 beneficiários do universo de beneficiários analisado.

### **Método de Cálculo**

$$\text{IAP} = \frac{\text{Demandas NIP encaminhadas ao Núcleo}}{\text{Média de Beneficiários}} \times 10.000$$

Notas:

- (1) Não são incluídas as demandas de operadoras com média de beneficiários inferior a 100.
- (2) Não são incluídas as demandas de Administradoras de benefícios (não têm beneficiários).
- (3) Não entram no cálculo demandas em andamento, não se aplica, exceção e retorno de fluxo.

### **Definição de Termos utilizados no Indicador**

- IAP: é a sigla para Índice de Abertura de Processo Administrativo, com base nas demandas NIP Assistencial e Não Assistencial dos últimos três meses;
- Demandas NIP: Total de reclamações registradas no SIF;
- RVE: Reparação voluntária e eficaz. A reclamação é resolvida sem abrir processo administrativo sancionador;
- Inativa: Reclamações resolvidas ou sem resposta do consumidor no prazo de 10 dias. As reclamações inativas são sujeitas a auditoria interna trimestral amostral para verificação da ausência de resposta ao formulário do consumidor;
- NP: Reclamações não procedentes;
- Núcleo: Reclamações encaminhadas para os Núcleos da ANS para abertura de processo administrativo sancionador.

### **Interpretação do Indicador**

Indicador complementar ao Índice Geral de Reclamações (IGR) e ao Percentual de Finalização Assistencial (PFA). Permite mensurar, do total de reclamações de beneficiários de planos privados de saúde, o volume de reclamações com indício de infração que foram encaminhadas para os Núcleos da ANS para abertura de processo administrativo visando a sua apuração.

### **Categorias de análise**

- Tipo de Atenção: Operadora Assistência Médico-Hospitalar / Exclusivamente Odontológico
- Porte
- Subtemas da Reclamações

### **Usos**

- Análise complementar ao Índice Geral de Reclamações (IGR) e ao Percentual de Finalização Assistencial (PFA);
- Mensuração de condutas infrativas por parte da operadora;

- Aumento da capacidade preditiva do comportamento das operadoras através da análise da tendência do índice.

## **Fontes de Dados**

Sistema Integrado de Fiscalização (SIF)

## **Ação Esperada para causar impacto positivo no Índice**

Aprimoramento das ações orientadoras e sancionadoras da ANS sobre as operadoras com alto percentual de indícios de infração.

## **Limitações e Vieses**

As reclamações classificadas como NIP Não-Assistencial – diferentemente das classificadas como Assistenciais – não passam por uma análise prévia antes de serem encaminhadas para o Núcleo. Deste modo, o indicador é composto por um conjunto de reclamações de natureza distintas e que no âmbito do processo administrativo têm tratamentos e encaminhamentos diferentes.

## **Referências e Comentários**

Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006

Resolução Normativa nº 343, de 17 de dezembro de 2013.

Resolução Normativa nº 369, de 23 de janeiro de 2015.

De acordo com os artigos 9º e 10º da RN nº 369, de 23 de janeiro de 2015, as reclamações, que por qualquer meio derem entrada na ANS e que contiverem indícios de violação da lei ou de ato infralegal por parte das operadoras, poderão ser caracterizadas como denúncia após avaliação dos órgãos competentes da DIFIS, na forma prevista no Regimento Interno da ANS. Aceita a denúncia, a abertura e instrução do respectivo processo administrativo será realizada pelos órgãos competentes da DIFIS, na forma prevista no Regimento Interno da ANS, cabendo, para tanto, a requisição de informações às operadoras, ou a deflagração de ação fiscalizatória para apuração dos fatos nela contidos.



