

Índice de Reclamações – Nota Técnica

Setembro de 2012

1. Introdução

A ANS tem, entre suas atribuições, o atendimento de demandas dos beneficiários de planos de saúde por informações, reclamações e denúncias referentes aos planos privados de saúde. Este atendimento pode ser realizado pelo Disque ANS, presencialmente nos Núcleos, por correio eletrônico ou correspondência.

O número de reclamações atendidas é utilizado na construção do Índice de Reclamações para permitir a comparação da atuação das operadoras do ponto de vista do consumidor que, ao julgar não ter tido respeitado seu direito, dirige-se a ANS para solicitar orientação, análise e julgamento da questão.

O Índice é a relação entre a média de reclamações dos beneficiários de planos privados de saúde contra uma operadora com registro ativo na ANS nos últimos seis meses e a média do número de beneficiários desta operadora no mesmo período.

Esse Índice é calculado e apresentado para grupos de operadoras segundo porte (pequeno – até 20 mil beneficiários, médio – de 20 a 100 mil beneficiários e grande – acima de 100 mil beneficiários) e para cada operadora individualmente.

2. Conceitos e definições

2.1. Índice de Reclamações

Número médio de reclamações nos seis meses anteriores para cada 10.000 beneficiários do universo de beneficiários analisado, segundo a fórmula:

$$IR = (R/B) \times 10.000$$

Onde **IR** é o Índice de reclamações com base em seis meses

R é o número de reclamações nos últimos seis meses

B é a soma do número de beneficiários dos últimos seis meses.

2.2. Formas de apresentação do índice:

- Mensal: representa a média do número de reclamações nos seis meses anteriores para cada conjunto de 10.000 beneficiários. Assim, se o índice de reclamações das operadoras de grande porte é 0,53 em junho de 2012, significa que foram recebidas

pela ANS, em média, entre janeiro e junho de 2012, 0,53 reclamações para cada grupo de 10.000 beneficiários destas operadoras nestes meses.

2.3. Reclamações

O Índice de Reclamações é calculado a partir do total de reclamações que a Agência recebe dos consumidores de planos privados de saúde. As reclamações podem ser feitas por meio do Disque ANS, correio eletrônico, correspondência ou presencialmente em um dos doze Núcleos de Atendimento da ANS espalhados pelo país.

São incluídas no cálculo:

- Reclamações procedentes sobre negativa de cobertura, encaminhadas e resolvidas com o procedimento NIP (reparação voluntária e eficaz por parte da operadora). Em agosto de 2010, por meio da Resolução Normativa nº 226, a ANS instituiu o procedimento de Notificação de Investigação Preliminar (NIP), que permite a solução mais rápida dos conflitos entre consumidores e operadoras no caso de reclamações em que a operadora nega a um consumidor o direito de realizar um exame ou um procedimento previsto em seu contrato (negativa de cobertura). Ao receber uma reclamação dessa natureza, a ANS entra em contato com a operadora para solucionar o problema. Caso seja resolvida, a reclamação não é encaminhada para apuração.
- Reclamações procedentes sobre negativa de cobertura, encaminhadas ao procedimento NIP, sem solução (sem resposta ou com manutenção da negativa) encaminhadas aos Núcleos para análise.
- Reclamações procedentes sobre outros temas, encaminhadas diretamente aos Núcleos para análise.
- Reclamações cuja apuração encontra-se em andamento. Estas reclamações, por não estarem finalizadas e classificadas, podem incluir demandas procedentes, improcedentes e não aplicáveis. Caso as demandas sejam, posteriormente, classificadas como improcedentes, serão retiradas do cálculo no processamento seguinte.

São excluídas do cálculo:

- Reclamações julgadas não procedentes por meio do procedimento da NIP.
- Reclamações de beneficiários que não eram da operadora (não identificadas corretamente no ato da reclamação).

2.4. Beneficiário

Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

O termo beneficiário refere-se ao vínculo de uma pessoa a um determinado plano de saúde de uma determinada operadora. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde.

O número de beneficiários ativos é calculado utilizando as datas de contratação e cancelamento (rescisão) 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.

No índice de reclamações utiliza-se o número de beneficiários dos seis meses anteriores ao mês de referência do Índice.

3. Universo de operadoras analisadas

O cálculo do Índice de Reclamações é feito para as operadoras com registro ativo na ANS que tenham em média mais de 100 beneficiários no seis meses considerados.

4. Periodicidade de atualização

O Índice de Reclamações é atualizado mensalmente e apresentado para os últimos 24 meses com possibilidade de revisão dos índices já divulgados em razão de reprocessamento para todas as competências, com cálculo retroativo para todo o período apresentado (em razão dos ajustes nos números de beneficiários e de reclamações consideradas procedentes).