3.3 Índice Geral de Reclamação Anual (IGR Anual) – (PESO 1)

Nomenclatura Simplificada

Reclamações Gerais do Cliente

Conceito

Número médio de reclamações de beneficiários de planos privados de saúde, que recorreram à ANS, no período dos doze meses do ano-base. O índice é apresentado tendo como referência cada 100.000 beneficiários do universo de beneficiários analisado. Para cálculo do indicador são incluídas somente as reclamações recebidas nos doze meses do ano. O indicador diferencia as reclamações médico-hospitalares das exclusivamente odontológicas, estabelecendo metas específicas para esses subgrupos.

Método de cálculo

$$\text{IGR} = \frac{\textit{Média de Demandas NIP (RVE, INATIVA, NP, Núcleo,e Em andamento)}}{\textit{Média do número de beneficiários dos doze meses do ano base}} \text{ x } 100.000$$

Definição dos termos utilizados no cálculo

Demandas NIP - são as demandas NIP abertas no ano-base, respeitando a data de corte do IDSS, de acordo com as seguintes classificações:

- **Núcleo:** Demandas encaminhadas para abertura de processo administrativo sancionador. Ocorrem quando são constatados indícios de infração, mediante a lavratura de auto de infração (art. 14, III da RN nº 483/22).

- **RVE** - Reparação Voluntária e Eficaz: Quando da adoção pela operadora de medidas necessárias para a solução da demanda, resultando na reparação dos prejuízos ou danos eventualmente causados e no cumprimento útil da obrigação, desde que observados os prazos definidos no art. 10 da RN nº 483 de 29/03/2022 c/c art. 20, § 1º da RN nº 483/22.

- **INATIVA** - Resolvida ou sem resposta do consumidor no prazo de 10 dias corridos. Ou seja, reclamações que, no fluxo da NIP, não seguiram para análise. A inativação de uma demanda pode decorrer tanto da manifestação do consumidor, que retorna o contato com a ANS informando que seu problema foi resolvido pela Operadora (art. 12, I da RN nº 483/22), quanto da ausência de resposta dele (inativação com fundamento na presunção de resolução de que trata o art. 12, II da RN nº 483/22).

- **NP –** Demandas não procedentes. Esta classificação é dada à demanda quando não é identificado, nos fatos narrados, indícios de infração à legislação de saúde suplementar em vigor ou ao contrato celebrado com a Operadora (art. 14, I da RN nº 483/22);

- **Em andamento** - reclamações que, no fluxo da NIP, estão em processamento; e não receberam um encaminhamento ou finalização

Observação: São excluídas do cálculo as demandas classificadas como Não se Aplica (NA), que é a classificação dada à reclamação quando identificado que:

a) o beneficiário não pertence à operadora contra a qual foi feita a reclamação;

b) a denúncia foi feita contra agente regulado não responsável (ex.: a responsabilidade era da Adm. de Benefícios, mas a demanda foi registrada contra a Operadora de plano de saúde);

c) os fatos narrados já foram apurados em outra demanda de igual teor (duplicidade); ou

d) as informações contidas na denúncia são insuficientes para identificação do beneficiário, da operadora ou da infração relatada.

- **Média do número de beneficiários**: calculada 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). Os beneficiários ativos em cada mês do ano-base avaliado são somados, e o total é dividido por 12, para obter a média mensal de beneficiários ativos. Para a apuração são considerados os dados de beneficiários disponíveis na última competência fechada do SIB antes da data de corte do IDSS.

- **Cobertura Assistencial:** Assistência à saúde que deve ser garantida pela Operadora segundo a segmentação assistencial prevista no contrato do plano de saúde. Ela é categorizada em: ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica - categorias essas que podem ser combinadas - ou referência. As pontuações levarão em conta dois IGRs distintos, dependendo da cobertura assistencial. IGR_{MH} engloba planos que garantem

assistência médico-hospitalar, com ou sem cobertura odontológica. O IGR_{OD} contempla planos que garantem somente assistência odontológica.

Interpretações do indicador

O presente indicador é uma medida indireta (proxy) da (in)satisfação do beneficiário em relação a sua operadora, seja em relação a questões de cobertura assistencial ou outros direitos do beneficiário.

Usos

- Diminuição do número de reclamações registradas em face das operadoras junto à ANS;
- Garantia da cobertura assistencial e garantia dos outros direitos do beneficiário;
- Correção de condutas infrativas por parte da operadora; e
- Estímulo às Operadoras para uma melhor atuação no mercado, melhoria do relacionamento com os beneficiários, e equacionamento de eventuais problemas ou dúvidas, via centrais de atendimento e ouvidorias.

Meta

A meta foi estipulada com base nos dados de 2022 analisados separadamente para planos que possuam alguma segmentação Médico-Hospitalar e planos com cobertura assistencial Exclusivamente Odontológica. Dessa forma, para os planos de segmentação médico-hospitalar, foi estabelecida uma meta de 2 reclamações para cada conjunto de 100.000 beneficiários. Já Pontuação para os planos de

segmentação exclusivamente odontológica foi definida a meta de 0,5 reclamações para cada conjunto de 100.000 beneficiários.

Pontuação

Indicador MH	**Pontuação$_{MH}$**
Resultado MH	**Valor de 0 a 1**
$IGR_{MH} \geq 30$	0
$30 > IGR_{MH} > 2$	$0 < V < 1$
$IGR_{MH} \leq 2$	1

$$V = \frac{(30 - IGR_{MH})}{(30-2)}$$

Indicador OD	**Pontuação$_{OD}$**
Resultado OD	**Valor de 0 a 1**
$IGR_{OD} \geq 1,5$	0
$1,5 > IGR_{OD} > 0,5$	$0 < V < 1$
$IGR_{OD} \leq 0,5$	1

$$V = \frac{(1,5 - IGR_{OD})}{(1,5-0,5)}$$

<u>Pontuação Final para operadoras:</u>

a) Com beneficiários MH e OD = 95% x Pontuação$_{MH}$ + 5% x Pontuação$_{OD}$;

b) Somente com beneficiários MH = Pontuação$_{MH}$;

c) Somente com beneficiários OD = Pontuação$_{OD}$.

Fonte de dados

SIF - Sistema Integrado de Fiscalização.

SIB – Sistema de Informações de Beneficiários.

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que **durante o processamento**, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	1	Inconsistente (nota zero)
Operadora apresentou SIB igual a zero, mas possui Demanda NIP Assistencial	2	Inconsistente (nota zero)

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS possui todas as demandas assistenciais classificadas como NA no ano de análise	3	Não se aplica (não é calculado)

Ações esperadas

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

Limitações e vieses

- O indicador avalia as demandas do ano-base, com a classificação fixa na data de corte do IDSS.

- O indicador não avalia as Administradoras de Benefícios.

-Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022.

> *Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2022, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.*
>
> *(...)*
>
> *§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.*

Nota

1- As demandas Inativas são sujeitas a auditoria interna trimestral, por meio de amostra probabilística, para verificação da ausência de resposta ao formulário do consumidor.

2- Os resultados do indicador "Índice Geral de Reclamações (IGR) anual" calculado para o IDSS retrata a extração do ano-base avaliado, com as classificações da data de corte. Já o IGR calculado no Painel do Índice Geral de Reclamações, divulgado mensalmente, no portal da ANS visa ao acompanhamento da evolução das demandas de reclamação em face das operadoras. Portanto, a comparação dos resultados pode apresentar oscilações.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Resolução Normativa nº 483, de 29 de março de 2022, dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias.