

Ficha Técnica

METAS DE IGR PARA FINS

DA RN Nº XXXX, DE XXXX

1. Critérios do Artigo 21 da RN nº XXX, 20XX

A Resolução Normativa - RN nº XXX, de XX de XXXX de 20XX, dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Administradoras de Benefícios nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, bem como não assistenciais, em qualquer modalidade de contratação.

Com o intuito de atender ao fim colimado pela norma supracitada, foi realizado um estudo com base nos dados divulgados no Plano de Dados Abertos - PDA, entre 2015 e 2023, do Índice Geral de Reclamação (IGR) das operadoras.

Esse índice estabelece o número médio de reclamações de beneficiários de planos privados de saúde, que recorreram à ANS, no período analisado. O índice é apresentado tendo como referência cada 100.000 beneficiários do universo de beneficiários analisado.

Método de cálculo

$$\text{IGR} = \frac{\text{Média de Demandas NIP (RVE, INATIVA, NP, Núcleo e Em Andamento)}}{\text{Média do número de beneficiários do período analisado}} \times 100.000$$

Definição dos termos utilizados no cálculo

Demandas NIP - são as demandas NIP na data de corte, abertas durante o período analisado, 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 úteis. 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:** 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). Os beneficiários ativos em cada mês do período avaliado são somados, e o total é dividido pela quantidade de meses, 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.

Com base nos números analisados, de 2015 a 2023, foi observado um aumento no IGR das operadoras em geral, tanto as que oferecem serviços médico-hospitalares (MH) quanto as que oferecem serviços de odontologia (OD).

A partir do estudo realizado, foi estabelecido dois critérios para definição das metas de desempenho para os fins propostos.

O primeiro, tendo como premissa que a operadora deve prestar bons serviços a seus beneficiários, é que a operadora tenha um IGR baixo no período mais recente (últimos três meses). O segundo, como foi observado um aumento do IGR ao longo do tempo, estabelece que a operadora apresente uma melhoria do IGR em dois trimestres consecutivos.

Assim, para que a operadora esteja enquadrada, nas metas de desempenho, deve atender a pelo menos um dos critérios definidos abaixo:

1.1 Meta do IGR trimestral

O objetivo desse critério é que a operadora tenha baixos índices de reclamação, e que se mantenha dentro dos parâmetros estabelecidos por esta Agência, de acordo com o IGR dos últimos 3 meses. A meta foi definida com base nos números mais recentes obtidos no estudo. Eis os parâmetros:

Indicador (IGR trimestral)
IGR_trim _{MH} ≤ 2, para operadoras com beneficiários MH
IGR_trim _{OD} ≤ 0,5, para operadoras com beneficiários OD

Obs1: O analista NIP ou o fiscal em processo administrativo sancionador, observará a classificação da operadora ou administradora de benefícios na data do fato ou na impossibilidade de obtenção a data do registro de demanda na ANS.

Obs2: Os trimestres de avaliação obedecerão o ano civil, sendo considerados os desempenhos do trimestre imediatamente anterior.

Obs3: Operadoras que possuam beneficiários MH e beneficiários OD serão tratadas como se fossem duas operadoras diferentes, devendo obter IGR_trim_{MH} inferior a 2 para ter os incentivos relativos ao serviço médico-hospitalar e obter

IGR_trim_{OD} inferior a 0,5 para ter os incentivos relativos ao serviço de odontologia.

1.2 Meta de Redução do IGR trimestral

O objetivo desse critério é que a operadora mantenha o esforço de melhorar o serviço prestado a seus beneficiários, e que isso reflita no seu IGR trimestral. A operadora deve ter redução do IGR trimestral em dois períodos consecutivos. Eis os parâmetros:

Indicador (IGR trimestral)
$IGR_trim_x < IGR_trim_{x-1} < IGR_trim_{x-2}$

Onde:

x faz referência aos últimos 3 meses, ou seja, o período mais atual em análise;

x-1 faz referência aos 3 meses anteriores ao período mais atual; e

x-2 faz referência aos 3 meses anteriores ao período x-1.

Obs1: O analista NIP ou o fiscal em processo administrativo sancionador, observará a classificação da operadora ou administradora de benefícios na data do fato ou na impossibilidade de obtenção a data do registro de demanda na ANS.

Obs2: Os trimestres de avaliação obedecerão o ano civil, sendo considerados os desempenhos dos dois trimestres imediatamente anteriores.

Obs3: Operadoras que possuam beneficiários MH e beneficiários OD serão tratadas como se fossem duas operadoras diferentes, devendo obter redução em 2 trimestres consecutivos no IGR_trim_{MH} para ter os incentivos relativos ao

serviço médico-hospitalar e obter redução em 2 trimestres consecutivos no IGR_trim_{OD} para ter os incentivos relativos ao serviço de odontologia.

Ações esperadas

Aprimoramento das ações da ANS sobre as operadoras para que melhorem seu índice de reclamações ou se mantenham dentro dos parâmetros estabelecidos pela ANS.

Limitações e vieses

O indicador avalia as demandas do período analisado, com a classificação fixa na data de corte.