

SUMÁRIO EXECUTIVO DE IMPACTO REGULATÓRIO

TEMA: Melhoria do relacionamento entre operadoras e beneficiários

DIRETORIA RESPONSÁVEL: Diretoria de Fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

DESCRIÇÃO DO TEMA NA AGENDA REGULATÓRIA DA ANS 2023/2025:

Estimular os entes regulados a melhor desempenhar suas funções no relacionamento com o usuário . Pretende-se avaliar incentivos às operadoras e administradoras de benefícios a resolver demandas de beneficiários em fase prévia à intervenção do Órgão Regulador, por meio da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP, prevenindo o registro de reclamações, que, em tese, poderiam ser evitadas. Avaliação quanto a gradação de incentivos conforme comportamento da operadora não apenas no que se refere à taxa de Resolutividade NIP, mas que considere também aspectos que antecedem o rito.

DOCUMENTOS TÉCNICOS PARA CONSULTA EM ANEXO:

Nota Técnica nº 1/2023/COESP/ASSNT-DIFIS/DIRAD-DIFIS/DIFIS (SEI 27700573), precedida da Nota Técnica nº 4/2023/DIRAD-DIFIS/DIFIS (SEI 26624072) e da Nota de investigação do problema regulatório (SEI 26899769).

PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS COLETADAS PARA IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA REGULATÓRIO:

- Aumento significativo, ano a ano, do número de reclamações recebidas pela ANS, com estabilidade da Taxa de Resolutividade NIP;

Evidencia que a NIP pode estar sendo tratada como uma extensão dos SACs/centrais de atendimento das operadoras;

- Aumento significativo, ano a ano, no número de reclamações recebidas pela ANS, não encontra a mesma evolução com o número de demandas de informações recepcionadas, que se mantém estável nos últimos anos;

Evidencia que deve ser relativizado o argumento no sentido que o aumento de reclamações tem relação direta com o maior conhecimento da ANS pela sociedade.

- Performance distinta pelas operadoras no Índice Geral de Reclamações - IGR. Por meio de comparação das operadoras neste indicador verifica-se a existência de comportamentos diferentes, ou seja, há várias operadoras com poucas reclamações recepcionadas na ANS;

Evidencia que operadoras podem ter menos reclamações perante o órgão regulador. Essa evidência se confirma também em uma comparação mais focal, levando em conta aspectos de porte/segmentação.

Esclareça-se que no cálculo do indicador IGR há mecanismo de equiparação/nivelamento que permite a comparação, independentemente do número de beneficiários da operadora.

Essa performance distinta no IGR não encontra ressonância na taxa da resolutividade NIP, que é semelhante para todas as operadoras.

- Identificações de falhas nos fluxos dos processos das operadoras;

As principais falhas identificadas, que tendem a ser fatos geradores de reclamação à ANS e em outros órgãos como o Poder Judiciário, estão relacionadas à:

- falta de resposta à solicitação de cobertura;

- elaboração de respostas genéricas como “em análise” ou termo assemelhado sobre a solicitação de cobertura;

e

- falta de clareza na resposta sobre a solicitação de cobertura.

- Percentual elevado de conversão de requerimentos de reanálise assistencial, conforme informação coletada do Relatório de Ouvidorias remetido anualmente à ANS;

A Ouvidoria, segundo a normatização vigente, funciona como unidade de reanálise caso o beneficiário não concorde com a negativa de cobertura feita no primeiro canal de atendimento.

Quando chega ao conhecimento da Ouvidoria um pedido de reanálise, segundo o Relatório de Ouvidorias uma a cada quatro demandas são convertidas (aproximadamente 25%), ou seja, a primeira resposta foi reconsiderada.

Outra evidência observada se refere ao crescimento anual no número de pedidos de reanálise perante a Ouvidoria.

Outro ponto que merece atenção é que apenas 32,9% dos respondentes do Relatório de Ouvidorias informaram ter recebido pedidos de reanálise.

- Pesquisa de satisfação do beneficiário do Programa de Qualificação das Operadoras indica que a resolutividade no âmbito dos SACs/Centrais de Atendimento é bem inferior à taxa de resolutividade no âmbito da NIP;

Foi possível extrair essa informação a partir do instrumento de pesquisa de satisfação do beneficiário no âmbito do IDSS (programa de Qualificação das Operadoras).

Segundo respostas à uma pergunta específica da pesquisa de satisfação, é possível inferir que a taxa de resolutividade no âmbito dos SACs/Centrais de atendimento está longe da obtida no âmbito da NIP.

Importante frisar que a pesquisa do IDSS considera a ótica do beneficiário, o que não denota desconformidade regulatória nas respostas dos canais de atendimento em todos os casos, porém é de se denotar que essa insatisfação reflete em aberturas de demandas na NIP da Agência, nas quais as Operadoras performam de uma maneira mais resolutiva.

- Algumas respostas das operadoras ao questionário eletrônico disponibilizado sobre rotinas/fluxos de SACs/centrais de atendimento, corroboram a existência de problema regulatório: Exemplo de perguntas, cujas respostas, em uma avaliação sistêmica, corroboraram a existência de problema regulatório:

"A Operadora respondente possui estratégia de acompanhamento das demandas de reclamações com escopo resolutivo e de evitar o registro de reclamações na ANS?"

A operadora respondente mede a resolutividade no âmbito dos Canais de Atendimento/SAC?"

PROBLEMA REGULATÓRIO IDENTIFICADO:

Centra-se na conduta das operadoras de não entregar voluntariamente aos seus clientes a totalidade dos procedimentos/serviços solicitados e realmente devidos, voluntariedade aqui compreendida como aquela anterior

a uma notificação de reclamação na ANS.

O problema foi identificado a partir do exercício prévio da árvore de problemas, com a enumeração ao lado das folhas da árvore das consequências vislumbradas, e nas raízes as causas, sendo a principal o problema regulatório e as laterais as causas secundárias.

Piora da qualidade dos serviços de atendimento ao consumidor.

Piora da capacidade de compreensão do bem credencial (*credence goods*) da assistência de saúde solicitada pelo beneficiário junto a sua operadora, contribuindo para uma percepção de que a negativa injustificada teria o escopo de evitar gastos financeiros.

Amplia a dificuldade de comunicação com o beneficiário.



Uso de recursos alternativos: aumento de demandas assistenciais NIPs iniciadas na ANS, de ações judiciais e demandas em órgãos de defesa do consumidor.

Insatisfação do beneficiário no momento de realização da expectativa de assistência à sua saúde a partir de um contrato firmado, podendo gerar desassistência/piora do estado de saúde, utilização do SUS ou de dispêndio pessoal com atendimento particular.

Prestadores de serviço contrariados em suas indicações e irrisignados (compreensão de violação da autonomia profissional).

Vantajosidade do dispêndio tardio de um procedimento devido.

Assimetria do órgão regulador sobre o funcionamento do setor interno das operadoras de regulação de uso dos planos.

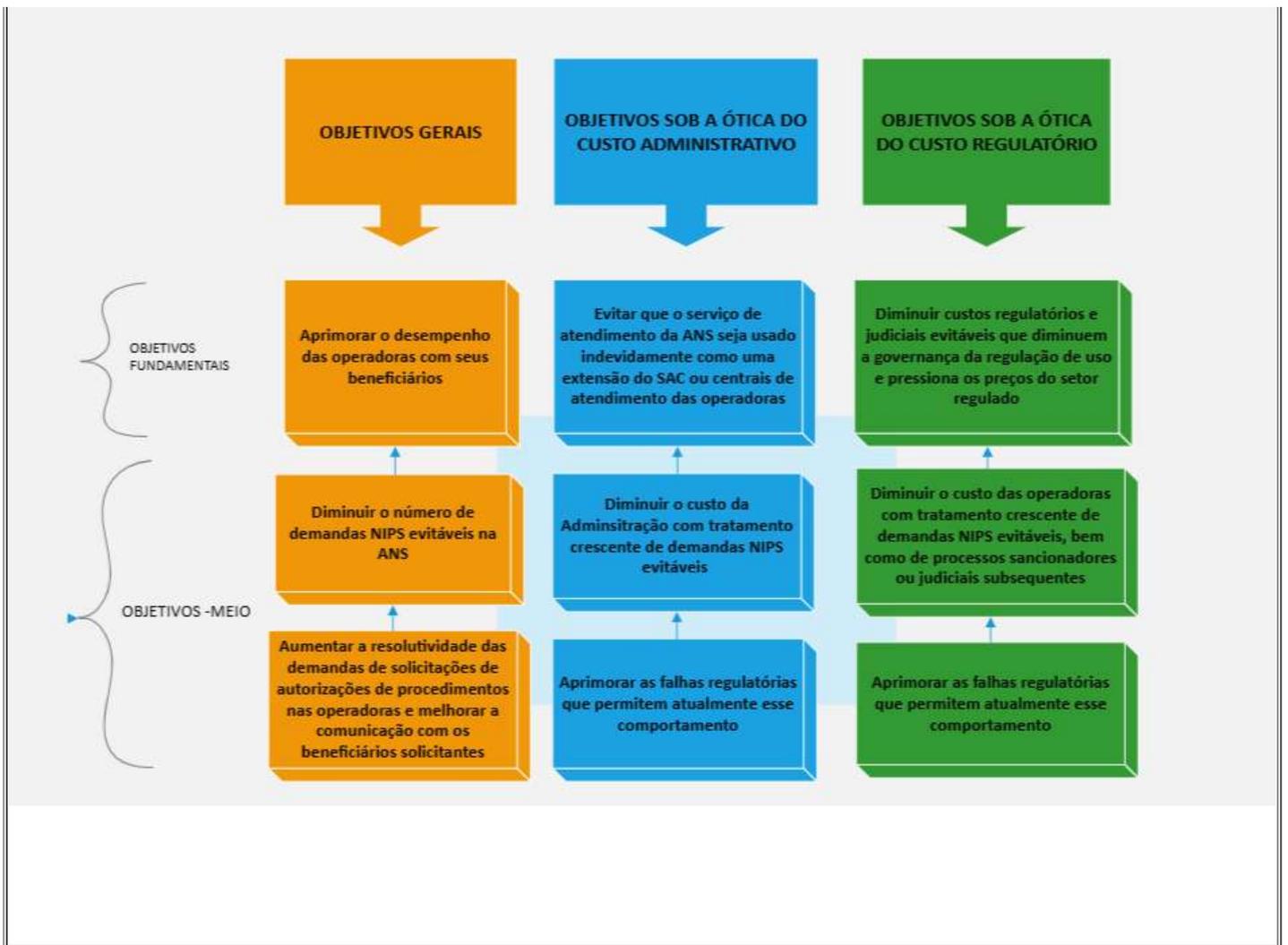
Hipossuficiência do beneficiário de contestar qualitativamente a resposta da operadora e de recorrer a instrumentos alternativos como ANS, Poder Judiciário ou órgãos de defesa do consumidor.

Possibilidade de o beneficiário recorrer ao SUS ou pagar de forma particular e desistir do procedimento/serviço solicitado à Operadora.

Operadoras não autorizam voluntariamente a totalidade dos procedimentos/serviços solicitados e realmente devidos.

OBJETIVOS QUE SE PRETENDE ALCANÇAR:

Tomando-se por premissa conceitual que os fins que se pretende alcançar compõem os objetivos fundamentais e os meios de alcançá-los os objetivos-meio, a seguir representam-se na linha superior os objetivos fundamentais e nas linhas abaixo os objetivos-meio. Ainda para melhor elucidação da completude do quadro, foram sintetizados aspectos gerais (primeira coluna), aspectos relacionados à Administração (segunda coluna) e ao próprio setor regulado (terceira coluna).



ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO CONSIDERADAS:

- **ALTERNATIVA 1:** Status quo;
- **ALTERNATIVA 2:** Foco no caráter punitivo;
- **ALTERNATIVA 3:** Ampliação do escopo da norma/criação de novas obrigações, sem ajustes sob o aspecto punitivo;
- **ALTERNATIVA 4:** Ampliação do escopo da norma/criação de novas obrigações, acrescido do tratamento não punitivo conforme desempenho em indicador próprio; e
- **ALTERNATIVA 5:** Ampliação do escopo da norma/criação de obrigações, acrescido do tratamento conforme desempenho em indicador próprio, com o aspecto punitivo norteado por esta medida adicional.

APRESENTAÇÃO DA AÇÃO SUGERIDA:

A alternativa 5 foi a eleita: Ampliação do escopo da norma/criação de obrigações, acrescido do tratamento conforme desempenho em indicador próprio, com o aspecto punitivo norteado por esta medida adicional.

A alternativa 5 traz a seguinte linha de ação para revisão normativa:

- Expandir o escopo da norma de forma a contemplar todas as espécies de demandas de beneficiários com suas operadoras e administradoras de benefícios com alinhamento à estratégia da legislação de SAC, bem como excepcionalizando as regras específicas, customizadas ao setor de saúde suplementar.
- Aproveitar melhor a estrutura das Ouvidorias Internas das Operadoras (RN nº 323/13), uma vez que são áreas com a vocação de resolutividade de conflitos no atendimento aos consumidores, bem como de propor melhorias e recomendações no aperfeiçoamento dos processos de trabalho da operadora.
- Maior informação e qualificação de informação ao beneficiário no ciclo de tratamento da demanda no SAC/central de atendimentos.
- Previsão de incentivo(s) indutor(es) pelo desempenho e performance da operadora no IGR.
- Aliado a esses parâmetros, ajustes sob a ótica punitiva-pedagógica, de forma que as sanções expressem o desempenho no indicador.

METODOLOGIA DE ANÁLISE PARA COMPARAÇÃO ENTRE AS ALTERNATIVAS:

Análise multicritérios, por meio do Analytical Hierarchical Process – AHP.

CRITÉRIOS ADOTADOS NA ANÁLISE AHP:

1) Incremento à saúde do beneficiário; 2) correção da assimetria da informação; e 3) concorrência. 4) custo regulatório; 5) custo administrativo da ANS.

POSSÍVEIS IMPACTOS DA AÇÃO SUGERIDA:

A medida impacta positivamente no incremento à saúde do beneficiário, na correção da assimetria da informação e na concorrência.

O impacto vislumbrado para a ANS não revelou problemas, principalmente, pelo fato da solução não trazer impactos complexos em sistemas hoje existentes.

Quanto ao custo regulatório, embora se avalie como necessário ajustes em rotinas e potencialmente em estruturas para correção do problema regulatório, sendo esperado, portanto, no curto prazo um aumento no custo regulatório, espera-se que em médio ou em longo prazo ocorra a diminuição de outros custos regulatórios, como os decorrentes de reclamações, compreendidos não apenas em relação às reclamações perante a ANS, mas também perante órgãos de defesa do consumidor e Poder Judiciário.

De toda forma, cabe apontar que na hierarquia dos critérios utilizados para o método AHP, o custo regulatório teve peso menor que três dos demais critérios em debate. Superou apenas o critério custo administrativo para a ANS.

Ainda sob a ótica do médio/longo prazo, vislumbra-se impactos positivos também em outras vertentes financeiras

para as operadoras que aderirem às melhores práticas de relacionamento com o usuário. Cita-se, por exemplo, o impacto positivo sob esse aspecto na retenção de beneficiários, além do próprio ambiente favorável à prospecção de novos clientes, haja vista a tendência dos potenciais consumidores procurarem informações prévias antes de contratar um plano de saúde.

O AIR ainda considerou aspectos de impacto em porte/segmentações, sendo consideradas questões que mitigam impacto em determinados grupos, como por exemplo, a conclusão que os arts. 6º e 7º da RN 395/16 devem ser mantidos como hoje, bem como a preservação das exceções e prazo hoje já definidos na RN 323/13 que trata das Ouvidorias das Operadoras.



Documento assinado eletronicamente por **Pedro da Silveira Villela, Coordenador(a) de Estudos e Projetos**, em 16/11/2023, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Alex Urtado Abreu, Coordenador(a) de Assuntos Normativos e Institucionais**, em 16/11/2023, às 18:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Junqueira Campos, Assessor(a) Normativo da DIFIS**, em 16/11/2023, às 18:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **MARCUS TEIXEIRA BRAZ, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIFIS**, em 16/11/2023, às 18:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Eliane Aparecida de Castro Medeiros, Diretor(a) de Fiscalização**, em 16/11/2023, às 19:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **28073958** e o código CRC **8EB33EEF**.