ANEXO I

FICHA TÉCNICA DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

1 - PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Conceituação:

Sequência numérica única fornecida pela operadora ou administradora de benefícios ao beneficiário, a qual o possibilita acompanhar sua demanda.

Formato padrão:

XXXXXXAAAAMMDDNNNNNN

Em que:

XXXXXX = registro ANS da Operadora ou Administradora de Benefícios

AAAA = ano

MM = mês

DD = dia

NNNNNN = sequencial que identifique a ordem de entrada da solicitação na Operadora ou Administradora de Benefícios

Objetivo:

Possibilitar a imediata identificação da Operadora ou Administradora de Benefícios e da data em que o atendimento foi prestado.

Não haverá duplicidade de números e todos os protocolos recebidos terão a mesma configuração.

Referências:

Resolução Normativa Nº 623, de 17 de dezembro de 2024, que 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.

DECRETO Nº 11.034, DE 5 DE ABRIL DE 2022, regulamenta a lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 - código de defesa do consumidor, para estabelecer diretrizes e normas sobre o serviço de atendimento ao consumidor.

ANEXO II

FICHA TÉCNICA METAS DE IGR

1. Critérios do Artigo 22 da RN 623 de 17 de Dezembro de 2024.

A Resolução Normativa - RN 623, 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, que se concretizaram em proposta de mudanças de meta do Indicador 3.3 do Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar (IDSS), aprovada pela Diretoria Colegiada.

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

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

Definição dos termos utilizados no cálculo

Demandas NIP - são as demandas NIP na data de processamento e congelamento, 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: Serão excluídas do cálculo as demandas classificadas como Não se Aplica (NA), na data de processamento e congelamento, 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 processamento e congelamento.

Observação: O cálculo previsto na presente ficha técnica não alcança as Administradoras de Benefícios, por estarem desobrigadas a fornecer o número de vidas administradas no SIB, impossibilitando a classificação baseada em metas de IGR.

Assim, não se aplica às administradoras de benefícios as modulações previstas na normatização e para as operadoras que atendem aos critérios de metas de IGR descritos nesta ficha técnica.

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, que chamamos aqui de Meta de Excelência do IGR, tendo como premissa que a operadora deve prestar bons serviços a seus beneficiários, é no sentido que a operadora tenha um IGR do último trimestre analisado abaixo da meta estabelecida no item 1.1 da presente ficha técnica. O segundo, que chamamos aqui de Meta de Redução do IGR, estabelecida no item 1.2 da presente ficha técnica, a operadora deve apresentar uma melhoria do IGR, de pelo menos uma unidade, em dois trimestres consecutivos.

Processamento, congelamento e divulgação dos dados:

A base de dados será processada e congelada 60 (sessenta) dias após o fechamento do trimestre avaliado.

Para além das repercussões na atividade fiscalizatória, conforme art. 22, § 2º da RN 623 de 17 de dezembro de 2024, será dada publicidade no site da ANS às operadoras que atingiram os critérios do item 1.1. e 1.2 da presente ficha técnica em listas distintas, em até 30 dias após o processamento da base de dados (publicidade positiva).

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

1.1 Meta de Excelência 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, no IGR do último trimestre analisado.

A meta deste critério será 1,2 vezes a meta estabelecida no indicador 3.3 do IDSS (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar) aprovado pela Diretoria Colegiada, vigente à época do processamento dos dados.

Eis os parâmetros:

Indicador (Meta de Excelência do IGR trimestral)
$IGR_trim_{MH} \leq (\text{Meta IDSS}_{\text{para operadoras médico hospitalar}}) * 1,2,$ para operadoras com beneficiários de planos médico hospitalar (MH)
$IGR_trim_{OD} \leq (\text{Meta do IDSS}_{\text{para operadoras odontológicas}}) * 1,2,$ para operadoras com beneficiários de planos exclusivamente odontológicos (OD)

Obs 1: Válida a meta de IGR no IDSS vigente à época do processamento dos dados.

Obs2: O agente de fiscalização, quando da aplicação do art. 33 da RN nº 483, de 29 de março de 2022 e análise da demanda de reclamação de acordo com a agravante prevista no art. 7º, IV da RN nº 489, de 29 de março de 2022, observará em classificação divulgada no site da ANS se a operadora atingiu os critérios de Meta de Excelência do IGR trimestral, delineados no item 1.1 da presente ficha técnica, considerando a classificação divulgado no site da ANS, aplicável da operadora à data do fato ou, na impossibilidade de obtenção, na data do registro da demanda na ANS..

Obs3: Os trimestres de avaliação obedecerão ao ano civil, sendo considerados o desempenho do trimestre aplicável, conforme obs 2.

Obs4: Operadoras que possuam beneficiários em produtos com cobertura médico-hospitalar e beneficiários em produtos com cobertura exclusivamente odontológica serão consideradas nas duas listas de cálculo do IGR trimMH e IGR trimOD, devendo obter cumulativamente a meta do IGR_trimMH e do IGR_trimOD.

Obs5: As Operadoras que possuam beneficiários em produto com cobertura médico-hospitalar e odontológico deverão atingir as metas do IGR_trimMH.

Obs6: Para efeito do previsto no art. 7º, IV da Resolução Normativa nº 489, de 2022, e art. 33 da Resolução Normativa nº 483, de 2022, a Operadora que possua beneficiários em produtos com cobertura médico-hospitalar e em produtos com cobertura exclusivamente odontológica deverá atingir cumulativamente as metas do IGR_trimMH e IGR_trimOD.

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, de ao menos uma unidade, em dois períodos consecutivos. Eis os parâmetros:

Indicador (Meta de Redução do 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 agente de fiscalização, quando da aplicação do art. 33 da RN nº 483, de 29 de março de 2022, e análise da demanda de reclamação de acordo com a agravante prevista no art. 7º, IV da RN nº 489, de 29 de março de 2022, observará em classificação divulgada no site da ANS se a operadora atingiu os critérios de Meta de Redução do IGR trimestral, delineados no item 1.2 da presente ficha técnica, considerando a classificação divulgada no site da ANS, aplicável à data do fato ou, na impossibilidade de obtenção na data do registro da demanda, na ANS.

Obs2: Os trimestres de avaliação obedecerão o ano civil, sendo considerados os desempenhos dos dois trimestres imediatamente anteriores. Por exemplo, na avaliação do 3º trimestre de 2025, a operadora deverá ter reduzido em ao menos uma unidade nos dois trimestres anteriores, sendo assim, se o IGR da operadora no 1º trim/2025 foi de 60,0, no 2º trim/2025 foi de 59,0 e no 3º trim/2025 foi de 58,0 a operadora cumpriu o critério de se manter no esforço de melhoria do indicador, e portanto, poderá ser contemplada com o benefício específico para o critério de redução do IGR. Lembrando

que, caso sua redução seja menor que uma unidade, passando de 60,0 para 59,2 não será considerada redução para fins de atendimento às regras deste critério.

Obs3: Operadoras que possuam beneficiários em produtos com cobertura médico-hospitalar e beneficiários em produtos com cobertura exclusivamente odontológica serão consideradas nas duas listas de cálculo do IGR trimMH e IGR trimOD, devendo obter cumulativamente a redução em 2 trimestres consecutivos no IGR_trimMH e no IGR_trimOD.

Obs4: As Operadoras que possuam beneficiários em produto com cobertura médico-hospitalar e odontológica deverão atingir as metas do IGR_trimMH.

Obs5: Para efeito da agravante prevista no art. 7º, IV, da Resolução Normativa nº 489, de 2022, e do art. 33 da Resolução Normativa nº 483, de 2022, a Operadora que possua beneficiários em produtos com cobertura médico-hospitalar e em produtos com cobertura exclusivamente odontológica deverá atingir cumulativamente as metas do IGR_trimMH e IGR_trimOD.

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.
- Aprimoramento de processos internos das operadoras no âmbito de suas Centrais de Atendimento e Ouvidorias, objetivando o aumento da resolutividade nesses canais;
- Ampliação da concorrência por meio de divulgação das operadoras que atingiram a Meta de Excelência do IGR trimestral, além de outra classificação para as operadoras que atingiram a Meta de Redução do IGR trimestral, na forma da presente Ficha Técnica.

Limitações e vieses

O indicador se refere somente às demandas registradas no período analisado, com cálculo fixado na data de processamento e congelamento.