

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibiliza a partir de hoje (25/09), em seu portal na internet, o novo o Índice de Reclamações, ferramenta que possibilita ao consumidor comparar a atuação das operadoras de planos de saúde. O índice, que é calculado a partir das queixas que são registradas na ANS, foi reformulado: agora terá mais dois indicadores complementares que ajudam a identificar qual foi a conduta da operadora na resolução das demandas e os principais motivos das reclamações. Ao incorporar novos elementos e aprimorar o cálculo, a ANS dá mais transparência e funcionalidade à ferramenta, ajudando o beneficiário na escolha ou avaliação do seu plano.

[Consulte aqui o Índice de Reclamações das operadoras.](#)

“O novo índice foi aprimorado de forma a refletir informações que são, de fato, úteis aos consumidores que desejam comparar operadoras e planos de saúde e fazer, assim, uma escolha mais acertada. Esse novo conjunto de informações é mais preciso e qualificado. Como resultado, dá mais transparência e poder de decisão ao beneficiário, que poderá ter acesso não apenas ao número de reclamações de uma operadora, mas também saber os principais motivos das queixas e como ela foi encaminhada”, explica a diretora de Desenvolvimento Setorial da ANS, Martha Oliveira. “Este é mais um passo que estamos dando para aprimorar uma ferramenta muito importante e útil ao consumidor”, completa.

A principal mudança é que a partir de agora serão três indicadores, ao invés de um: o Índice Geral de Reclamações, que tem como principal finalidade apresentar um termômetro do comportamento das operadoras do setor no atendimento aos problemas apontados pelos beneficiários; o Percentual de Finalização Assistencial, que mede a capacidade de finalização consensual de conflitos de natureza assistencial entre beneficiários e operadoras, por meio da mediação promovida pela ANS através da NIP – Notificação de Intermediação Preliminar; e o Índice de Abertura de Processo Administrativo, que permite mensurar o volume de reclamações com indício de infração que foram encaminhadas para os Núcleos da ANS para abertura de processo administrativo.

Os resultados do cálculo são disponibilizados ao público na página da ANS na internet. Para facilitar a visualização, são apresentados gráficos e também o ranking com a lista das dez operadoras com maior índice geral de reclamações, divididas por porte e por tipo de atenção (assistência médica ou exclusivamente odontológica). O consumidor também poderá ver detalhadas as reclamações por tipo de classificação (assistencial e não assistencial) e por subtema (rede de atendimento, prazos máximos para atendimento, rol de procedimentos, reembolso, etc.). Ainda é possível calcular os indicadores de cada operadora individualmente.

O índice será atualizado e disponibilizado mensalmente, como vinha sendo feito, mas agora serão utilizados dados que têm como referência os últimos 3 meses, em vez de 6 meses como anteriormente. Essa periodicidade acompanha as divulgações de outros indicadores da ANS. A nova metodologia será aplicada para calcular retroativamente os 12 últimos meses, com isso, a série histórica será mantida e divulgada. As demanda em andamento - reclamações em que os prazos da NIP ainda estão em curso ou que estão aguardando análise fiscalizatória - estão todas listadas em planilha completa disponibilizada ao público para acompanhamento, e assim que são classificadas entram nos indicadores.

O processo de construção da metodologia que definiu o novo índice foi discutido com os técnicos da ANS e representantes do setor de saúde suplementar ao longo de seis meses. Durante o período em que o índice esteve em reformulação, a ANS disponibilizou para consulta pública uma planilha contendo os números brutos de reclamações por operadora. Dessa forma, o consumidor se manteve informado sobre as queixas que a Agência recebe.

Canais de relacionamento – No cálculo do Índice são computadas as reclamações que a Agência

recebe dos consumidores por meio do Disque ANS (0800 701 9656), do formulário eletrônico na página da [Central de Atendimento na internet](#), por carta ou presencialmente, em um dos 12 Núcleos da ANS espalhados pelo país ([veja aqui os endereços](#)).

[Confira aqui o comparativo de como era antes e como ficou agora.](#)

Entenda o conceito e o cálculo de cada indicador

ÍNDICE GERAL DE RECLAMAÇÕES (IGR): Número médio de reclamações de beneficiários de planos privados de saúde, que recorreram à ANS, nos últimos três meses. O índice é apresentado tendo como referência cada 10.000 beneficiários do universo de beneficiários analisado. Para cálculo do indicador são incluídas somente as reclamações recebidas nos últimos três meses e classificadas até a data de extração do dado.

PERCENTUAL DE FINALIZAÇÃO ASSISTENCIAL (PFA): Percentual de demandas NIP Assistencial que foram resolvidas, consensualmente, entre beneficiários e operadoras. Para cálculo do indicador são incluídas somente as reclamações recebidas nos últimos três meses e classificadas até a data de extração do dado.

ÍNDICE DE ABERTURA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO (IAP): Número médio de demandas NIP Assistencial e Não-Assistencial com indicativo de infração que foram encaminhadas para abertura de processo administrativo nos Núcleos da ANS, nos últimos três meses. As reclamações classificadas como NIP Não-Assistencial – diferentemente das classificadas como Assistenciais – não passam por uma análise prévia antes de serem encaminhadas para o Núcleo. O índice é apresentado tendo como referência cada 10.000 beneficiários do universo de beneficiários analisado.

$$\text{IGR} = \frac{\text{Reclamações (RVE + Inativas + Não Procedentes + Núcleo)}}{\text{Média do número de beneficiários}} \times 10.000$$

$$\text{PFA} = \frac{\text{Reclamações assistenciais finalizadas (RVE + Inativas + Não Procedentes)}}{\text{Total de reclamações assistenciais (RVE + Inativas + Não Procedentes + Núcleo)}} \times 100$$

$$\text{IAP} = \frac{\text{Demandas NIP assistencial e não-assistencial encaminhadas ao Núcleo}}{\text{Média do número de beneficiários}} \times 10.000$$

Entenda a classificação das demandas Demandas inativas: Reclamações resolvidas ou sem resposta do consumidor no prazo de 10 dias. Demandas não procedentes: Reclamações sem indício de infração à legislação vigente. Reparação voluntária e eficaz (RVE): Reclamações resolvidas sem abrir processo administrativo. Núcleo: Reclamações encaminhadas para os núcleos da ANS para abertura de processo administrativo em razão da não resolução do conflito entre operadora e consumidor no âmbito da NIP. Demandas NIP assistencial: Reclamações relacionadas a toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial. Demandas NIP não assistencial: Reclamações relacionadas a outros assuntos que não a cobertura como, por exemplo, mensalidades e reajustes, rescisão ou cláusulas contratuais.

Fonte: [ANS](#), em 25.09.2015