

## FICHA TÉCNICA DO ÍNDICE GERAL DE RECLAMAÇÕES - IGR

### 1) Conceito:

O Índice Geral de Reclamações (IGR) é uma métrica calculada pela ANS com base nas reclamações registradas por consumidores e que foram processadas via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP).

Tal indicador foi desenvolvido com objetivo de dar maior transparência às reivindicações registradas por consumidores junto aos canais de atendimento da ANS, funcionando como um termômetro da satisfação dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde<sup>1</sup>. Ele apresenta uma relação inversamente proporcional à satisfação dos beneficiários, vale dizer, quanto menor o valor do IGR, maior é a satisfação dos beneficiários com a(s) Operadora(s), vale dizer, quanto menor o valor do IGR, maior a satisfação dos beneficiários com a(s) Operadora(s).

### 2) Método de Cálculo:

$$\text{IGR} = \frac{\text{Média das Demandas NIP do período analisado classificadas como Inativa, NP, RVE, Núcleo ou Em Andamento}}{\text{Média de beneficiários de plano de saúde do período analisado}} \times 100.000$$

O IGR pode ser calculado sob diferentes períodos (sendo a menor granularidade o mês fechado) - o que possibilita ao usuário da informação escolher aquele que melhor se adapte à sua análise.

### 3) Definições:

#### ➤ Demandas NIP

São reclamações passíveis de mediação que a Agência recebe de consumidores de planos de saúde.

No cálculo do IGR são incluídas demandas:

a) Em andamento, que são reclamações que, no fluxo da NIP, estão em processamento; que ainda não receberam um encaminhamento ou finalização;

b) Inativas, que são 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);

c) Analisadas e classificadas como:

- Não Procedente (NP): classificação 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);
- Reparação Voluntária e Eficaz (RVE): classificação conferida à demanda em que a Operadora comprova, inequivocamente, que tomou as providências previstas nos normativos vigentes, com vistas a

<sup>1</sup> O índice não é calculado para as administradoras de benefícios.

solucionar a demanda, mas somente após o registro da reclamação e dentro do prazo estipulado em norma (art. 14, II da RN nº 483/22 c/c art. 20, § 1º da RN nº 483/22);

- Núcleo: classificação atribuída à demanda quando são constatados indícios de infração não afastados pela Operadora, ocasião em que a denúncia segue para abertura de processo administrativo sancionador mediante a lavratura de auto de infração (art. 14, III da RN nº 483/22).

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 pertencer 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.

#### ➤ Beneficiários

Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e obrigações definidos em legislação e em contrato assinado com a Operadora de planos privados de assistência à saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

O termo beneficiário refere-se ao vínculo de uma pessoa a determinado plano de saúde de uma Operadora. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de um vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem plano de saúde.

#### ➤ Operadora de plano de saúde

Pessoa jurídica registrada na Agência Nacional de Saúde (ANS) que administra, comercializa ou disponibiliza planos de assistência à saúde.

Cabe mencionar que, como as Administradoras de Benefícios - modalidade na qual são classificadas as PJ que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das atividades elencadas no art. 2º da RN 515/2022 - não prestam serviço de assistência aos consumidores, elas não possuem beneficiários cadastrados junto ao Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), não sendo possível, portanto, calcular o IGR para elas.

#### ➤ Segmentação do plano (ou cobertura assistencial)

A segmentação de um plano de saúde determina quais atendimentos e serviços a Operadora está minimamente obrigada a cobrir. Ela é categorizada em: ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica ou referência.

Neste painel a cobertura assistencial dos planos de saúde está sendo dividida em dois grupos: (1) Assistência médica (planos que garantem assistência médico-ambulatorial e/ou médico-hospitalar, com ou sem assistência odontológica) e; (2) Exclusivamente odontológica (planos que garantem somente assistência odontológica, compreendendo consultas, exames, atendimentos de urgência e emergência odontológicos).

#### **4) Interpretação:**

O valor do índice indica o número médio de reclamações no período para cada grupo de 100 mil beneficiários de plano de saúde. Assim, se o IGR (Cobertura assistencial: Assistência Médica) de determinada operadora foi 54,78, no período de fev/19 a abr/20, significa que foram recebidas pela ANS, em média, no período mencionado, 54,78 reclamações por mês, para cada grupo de 100 mil beneficiários ativos de planos com assistência médica dessa Operadora.

#### **5) Fonte de Dados:**

Sistema Integrado de Fiscalização (SIF) e Sistema de Informação de Beneficiários (SIB).

#### **6) Considerações:**

##### ➤ Características qualitativas de melhoria da informação

Tempestividade: Embora a inclusão de reclamações "em andamento" faça com que o cálculo do IGR esteja baseado em dados provisórios (pois algumas dessas demandas podem ser classificadas, futuramente, como NA) - sujeitando seu resultado a pequenas diferenças adiante, quando da atualização dos dados -, seu cômputo torna a informação mais útil. Isso porque, ter informação disponível mais rapidamente<sup>2</sup> aprimora a sua capacidade de informar e influenciar os processos decisórios, como a escolha de uma Operadora baseada no IGR.

Comparabilidade: Como o IGR pode ser calculado sob diferentes períodos - possibilitando que o usuário da informação escolha aquele que melhor se adapte à sua análise, o uso da média em seu cálculo permite a comparabilidade de resultados, ainda que este tenha se baseado em diferentes períodos.

---

<sup>2</sup> O uso apenas de demandas que já foram classificadas geraria um atraso na divulgação do indicador, pois as reclamações tratadas via NIP têm uma sequência necessária de fases, que faz com que a demanda seja classificada, aproximadamente, após dois meses, ou mais, da data de seu registro.

➤ SIB

O nº de beneficiários ativos é calculado utilizando as datas de contratação e cancelamento (rescisão) do plano de saúde, informadas via SIB pelas Operadoras. Esse procedimento garante que todo beneficiário será computado, independentemente do momento em que a Operadora envia o cadastro à ANS. Ademais, é importante salientar que, caso os dados de alguma competência não esteja disponível quando da atualização e divulgação do IGR, os dados da competência anterior são repetidos, possibilitando, assim, seu cálculo.

7) **Periodicidade de atualização:**

O IGR é atualizado **mensalmente**, com possibilidade de revisão dos índices já divulgados, em razão de reprocessamento para todas as competências, com cálculo retroativo para todo o período já apresentado (em razão dos ajustes nos números de beneficiários e de reclamações).