

FICHA TÉCNICA TAXA DE RESOLUTIVIDADE - TR

➤ Conceito:

A taxa de resolutividade (TR), que é uma métrica calculada pela ANS com base nas reclamações registradas por consumidores e que foram processadas via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP)¹.

Tal indicador tem por finalidade dar mais transparência às informações sobre as queixas registradas por consumidores junto aos canais de relacionamento da ANS e possibilitar à sociedade saber de que forma as operadoras de planos de saúde se comportam diante dessas demandas.

A TR permite avaliar a capacidade de resolução consensual de conflitos entre beneficiários e Operadoras de planos de saúde e/ou Administradoras de benefícios, por meio de mediação da ANS, medindo a capacidade da Agência na resolução de demandas objeto da NIP (assistencial ou não assistencial), sem necessidade de abertura de processo administrativo sancionador.

1) Método de Cálculo:

A taxa de resolutividade é calculada por meio da seguinte relação matemática:

$$TR = \frac{\sum_{ano} \sum_{mês} \text{Demandas NIP classificadas como Inativa, NP ou RVE}}{\sum_{ano} \sum_{mês} \text{Demandas NIP classificadas como Inativa, NP, RVE, ou Núcleo}} \times 100$$

2) Definições:

➤ Demandas NIP

São reclamações passíveis de mediação que a Agência recebe de consumidores de planos de saúde. No cálculo da taxa de resolutividade são incluídas demandas classificadas:

a) Pelo sistema, como 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);

b) Por um analista NIP, 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);

¹ A NIP constitui uma fase pré-processual, sendo o instrumento inicial de análise de todas as demandas de reclamação cadastradas na ANS em que o consumidor foi diretamente afetado pela conduta da Operadora e/ou Administradora de Benefícios e a situação é passível de mediação. Tal instrumento tem como objetivo: I. Dar maior celeridade às demandas propostas, na ANS, pelos consumidores, mormente aquelas em que o beneficiário de plano de saúde possa ter a imediata efetividade quanto ao interesse pretendido e protegido pela Lei 9.656/98 e sua regulamentação normativa; II. Induzir boas práticas, estimulando a solução dos conflitos, o cumprimento do que foi contratado e o maior equilíbrio na relação contratual estabelecida no mercado regulado.

- 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 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 pelo analista NIP 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.

➤ Natureza das demandas

As demandas NIP são categorizadas em:

- NIP assistencial: notificações que têm como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial (art. 5º, parágrafo único, I da RN nº 483/22);
- NIP não assistencial: notificações que têm como referência outros temas que não a cobertura assistencial, desde que o beneficiário seja diretamente afetado pela conduta e a situação seja passível de intermediação (art. 5º, parágrafo único, II; da RN nº 483/22).

Cabe destacar que a natureza da demanda é definida pelo eixo/tema/subtema a ela atribuído quando de seu cadastro.

As demandas processadas via NIP são cadastradas no eixo "Produto ou Plano" e podem receber um dos seguintes temas/subtemas, a depender do relato do consumidor:

- Tema: Cobertura

a) Carência: subtema utilizado para cadastrar demandas em que há relato de negativa de atendimento ou dificuldade de acesso às coberturas contratadas sob a alegação de carência;

b) Doença ou Lesão Preexistente (DLP), Cobertura Parcial Temporária (CPT) e Agravo: subtema utilizado para cadastrar demandas em que há relato de negativa de atendimento ou dificuldade de acesso às coberturas contratadas sob a alegação de DLP/CPT;

c) Gerenciamento das Ações de Saúde por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquia, co-participação e outros): subtema utilizado para cadastrar demandas em que há relato de negativa de

atendimento ou dificuldade de acesso às coberturas contratadas em virtude de mecanismos assistenciais de regulação praticados pela operadora;

d) Prazos Máximos para Atendimento: subtema utilizado para cadastrar demandas em que há relato de descumprimento dos prazos estipulados na RN nº 259/2011, sem, contudo, haver relato de negativa de cobertura;

e) Rede de Atendimento (rede conveniada): subtema utilizado para cadastrar demandas em que há relato de descredenciamento ou ausência de prestador (inexistência ou indisponibilidade), com negativa de atendimento ou dificuldade de acesso às coberturas contratadas;

f) Reembolso: subtema utilizado para cadastrar demandas referentes à reembolso, exceto relatos relacionados à prévia de reembolso ou casos de reembolso por livre escolha de prestado, com divergência quanto ao valor restituído (ocasiões em que a demanda é cadastrada no tema/subtema "Contratos e Regulamentos >> Itens Obrigatórios e Cláusulas Contratuais");

g) Rol de Procedimentos e Coberturas (geográfica e assistencial): subtema utilizado para cadastrar demandas em que há relato de negativa de atendimento ou dificuldade de acesso às coberturas contratadas sob a alegação de que não há cobertura no rol da ANS ou no contrato.

- Tema: Contratos e regulamentos

a) Contratação/Adesão, Vigência, Manutenção e Renovação: subtema utilizado para cadastrar, por exemplo, demandas de impedimento de participação, postergação do início de vigência, entre outros assuntos relacionados à contratação/manutenção/renovação do plano de saúde;

b) Demitidos, Exonerados e Aposentados: subtema utilizado para cadastrar demandas em que há indícios de infração à legislação ou ao contrato, no que concerne ao benefício assegurado nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98 aos ex-empregados;

c) Documentos de Entrega Obrigatória ao Consumidor: subtema utilizado para cadastrar, por exemplo, reclamações sobre recusa de fornecimento de cópia do contrato, ausência de informação sobre o percentual de partos cesáreos e normais, entre outros documentos e/ou informações obrigatórios por força normativa ou pelo instrumento contratual;

d) Gerenciamento das Ações de Saúde por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquia, coparticipação e outros): subtema utilizado para cadastrar demandas em que há indícios de infração à legislação ou ao contrato, relacionados à mecanismos financeiros de regulação (franquia e coparticipação) praticados pela operadora;

e) Inclusão de Dependentes do Consumidor: subtema utilizado para cadastrar demandas em que há indícios de infração à legislação ou ao contrato, referente à movimentação cadastral de inclusão de dependentes;

f) Itens Obrigatórios e Cláusulas Contratuais: subtema utilizado para cadastrar, por exemplo, reclamações sobre imposição de carência ou CPT sem relato de negativa de cobertura, sobre o não fornecimento de prévia de reembolso, boleto, entre outros assuntos;

g) Migração, Adaptação e Sucessão Contratuais: subtema utilizado para cadastrar demandas em que há indícios de infração à legislação ou ao contrato, referente à troca de plano de saúde - por meio da migração, adaptação ou sucessão contratual - sem cumprir novos períodos de carência ou CPT;

h) Portabilidade de Carências: subtema utilizado para cadastrar demandas em que há indícios de infração à legislação ou ao contrato, referente à mudança de plano de saúde - via o instituto da portabilidade - sem cumprir novos períodos de carência ou CPT;

i) Suspensão e Rescisão Contratuais: subtema utilizado para cadastrar demandas em que há indícios de infração à legislação ou ao contrato, relacionado ao término da relação jurídica firmada entre uma Operadora de plano de saúde e seus beneficiários, seja por ato unilateral da Operadora (com ou sem relato de negativa de cobertura), seja por solicitação de cancelamento ou exclusão por parte do beneficiário.

- Tema: Mensalidades e Reajustes

a) Mensalidade ou Contraprestação Pecuniária: subtema utilizado para cadastrar, por exemplo, reclamações questionando: cobrança de multa por atraso no pagamento; o valor da devolução pro-rata, após pedido de cancelamento/exclusão; o valor da mensalidade, após manutenção no contrato de plano de saúde na condição de aposentado, demitido ou exonerado, entre outros questionamentos de valores não relacionados à reajuste por mudança de faixa etária, reajuste anual ou reajuste por sinistralidade;

b) Reajuste por Mudança de Faixa Etária: subtema utilizado para cadastrar demandas em que há indícios de infração à legislação ou ao contrato, referente à reajuste por transposição de faixa etária aplicado à mensalidade do beneficiário.

c) Reajuste por Sinistralidade: subtema utilizado para cadastrar demandas em que há indícios de infração à legislação ou ao contrato, no que concerne à aumento - aplicado à mensalidade do beneficiário - por reposição de custos diante da intensa utilização do plano;

d) Reajuste por Variação de Custos: subtema utilizado para cadastrar demandas em que há indícios de infração à legislação ou ao contrato, relacionado à reajuste anual aplicado à mensalidade do beneficiário.

Demandas cadastradas no tema "Cobertura" possuem natureza assistencial. Nos demais temas, a natureza da demanda é não assistencial.

➤ 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).

3) Interpretação:

A TR mede a capacidade de resolução das demandas objeto de NIP, sem a necessidade de abertura de processo administrativo. Desse modo, se a TR em determinado período foi 92%, isso significa dizer que a cada 100 reclamações abertas pelos beneficiários, 92 foram resolvidas por meio da NIP, que é considerada um método extrajudicial de resolução de conflitos.

Vale mencionar que um percentual elevado de finalização de demandas no âmbito da NIP indica que a Operadora tem maior capacidade de equacionar o indício de infração narrado pelo consumidor.

4) Fonte de Dados:

Sistema Integrado de Fiscalização (SIF).

5) Limitações/Vieses:

O indicador avalia somente as demandas que foram classificadas até a data do cálculo, não incluindo as que ainda se encontrarem em andamento.

Tal fato acarreta atraso em sua divulgação, visto que a TR de determinado mês só é calculada quando aproximadamente 95% das demandas NIP – cadastradas nesse mês – já foram classificadas, evitando, assim, mudanças bruscas de resultado, quando da atualização do dado em momento posterior.

6) Periodicidade de Atualização:

Mensal.