

ANEXO

FICHA TÉCNICA

INDICADOR DA AVALIAÇÃO DA GARANTIA DE ATENDIMENTO

1. CONCEITUAÇÃO:

Avalia a quantidade de demandas de reclamações de beneficiários, motivadas pela não garantia de acesso e cobertura previstos na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e em seus regulamentos, bem como nos contratos, na forma da Resolução Normativa – RN nº 259, de 17 de junho de 2011, para cada 10.000 (dez mil) beneficiários da operadora, no período de avaliação.

A ANS utilizará como base as reclamações de beneficiários recepcionadas pela ANS, que tenham como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial, processadas no âmbito do procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP, prevista em regulamentação específica.

2. MÉTODO DE CÁLCULO:

NIPs Assistenciais

$$x = \frac{\sum \text{NIPs Assistenciais}}{\bar{X}_{\text{beneficiários}}} \times 10.000$$

ONDE:

\sum NIPs Assistenciais: reclamações que tenham como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial, processadas no âmbito NIP

$\bar{X}_{\text{beneficiários}}$: média de beneficiários dos últimos três meses informados pela operadora no SIB/ANS.

3. DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

a. Numerador:

É o número de demandas de reclamações de beneficiários, em face das operadoras de planos privados de assistência à saúde, originadas de NIP e identificadas no Sistema de Informações da Fiscalização – SIF, no período de avaliação, onde não tenham sido garantidos os benefícios de acesso e cobertura previstos na Lei nº 9.656, de 3 de junho 1998, e nos seus regulamentos, bem como nos contratos de planos privados de assistência à saúde, ou que tenham sido garantidos fora do prazo máximo regulamentar, nos termos das regras previstas na RN nº 259, de 2011.

b. Denominador:

É a média dos beneficiários informados nos três meses mais recentes pela operadora ao Sistema de Informações de Beneficiários – SIB.

4. INTERPRETAÇÃO DO INDICADOR:

Aponta se a operadora está garantindo aos beneficiários os benefícios de acesso e cobertura previstos na Lei nº 9.656, de 1998, e em seus regulamentos, bem como nos contratos, considerando os prazos máximos de atendimento bem como as demais regras estabelecidas pela RN nº 259, de 2011.

Quanto menor o índice da operadora maior será o acesso dos beneficiários às coberturas obrigatórias - seja por força de Lei, de regulamento ou de contrato - e maior será o cumprimento dos prazos máximos de atendimento e dos critérios estabelecidos pela RN nº 259, de 2011.

5. USOS:

Permite acompanhar e avaliar a atuação das operadoras de planos privados de assistência à saúde e classificá-las em relação à atuação das demais operadoras do mesmo tipo de atenção prestada, quanto à obrigatoriedade da garantia de acesso e cobertura.

Também permite acompanhar e avaliar a evolução da atuação das operadoras de planos privados de assistência à saúde em relação aos seus próprios resultados.

Assim, seu uso permite acompanhamento e avaliação da atuação da operadora tanto em relação ao mercado em que atua quanto em relação aos seus próprios resultados.

6. PARÂMETROS:

Para acompanhamento e avaliação da operadora em relação aos resultados do mercado em que atua, considera-se como parâmetro a mediana das reclamações de todas as operadoras do mesmo tipo de atenção prestada.

As operadoras sem reclamações serão classificadas na faixa 0.

As operadoras que obtiverem resultado abaixo da mediana serão classificadas na faixa 1.

As operadoras que obtiverem resultado acima desta mediana serão distribuídas nas faixas:

- Faixa 2: resultado maior ou igual a mediana e menor ou igual a 50% (cinquenta por cento) acima da mediana;
- Faixa 3: resultado maior que 50% (cinquenta por cento) acima da mediana.

7. META:

Não ter nenhuma demanda de reclamação por não garantia de benefício de acesso e cobertura no período de avaliação.

8. FONTES:

MS/ANS – Sistema de Informações de Fiscalização (SIF)

MS/ANS – Sistema de Informações de Beneficiários (SIB)

MS/ANS – Sistema de Cadastro de Operadoras (CADOP)

MS/ANS – Sistema de Registro de Planos de Saúde (RPS)

9. LIMITAÇÕES E VIESES:

Pode haver sub-registro das demandas de reclamações referentes a acesso e cobertura, tendo em vista que muitos beneficiários não apresentam reclamações na ANS por diversos fatores. Em função disso, muitas reclamações são realizadas somente nos órgãos de defesa do consumidor. Esta situação poderá levar a ANS a avaliar apenas parte das situações, no âmbito dos planos privados de assistência à saúde.

10. REFERÊNCIAS:

Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e seus regulamentos;

RN nº 259, de 17 de junho de 2011, alterada pela RN nº 268, de 1º de agosto de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e dá outras providências.