

# Development of an interactive dashboard containing data from the General Complaints Index (GCI) between beneficiaries and supplementary health operators

## Desenvolvimento de dashboard interativo contendo dados do Índice Geral de Reclamações (IGR) entre beneficiários e operadoras de saúde suplementar

Érika Caroline Soares Damasceno<sup>1</sup> and Francisco Sanches Banhos Filho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade do Estado de Mato Grosso - Campus Sinop (UNEMAT). Av. dos Ingás, 3001 - Jardim Imperial, Sinop - MT, 78555-000

erika.damasceno@unemat.br, fsanches@unemat.br

**Abstract.** *This work aims to describe, in the form of a scientific article, the analysis and creation of dashboards and the conclusion on the result of a survey built from the general index of complaints between beneficiaries and supplementary health operators (IGR). The developed panel aims to provide a better visualization of the data, to measure the performance of supplementary health operators regarding patient care. This data was loaded and transformed into the Microsoft Power BI tool, from data loading and transformation to dashboard development.*

**Keywords:** *analysis, data, dashboards, supplementary health operators, Power BI, beneficiaries, customer relationship.*

**Resumo.** *Este trabalho tem como objetivo descrever a análise e elaboração de dashboards e a conclusão sobre o resultado de uma pesquisa construída a partir do índice geral de reclamações entre beneficiários e operadoras de saúde suplementar (IGR). O dashboard desenvolvido tem como objetivo fornecer uma melhor visualização dos dados, para medida no desempenho das operadoras de saúde suplementar quanto ao atendimento aos beneficiários. Estes dados foram carregados e transformados para a ferramenta Microsoft Power BI, desde o carregamento dos dados e a transformação até o desenvolvimento do dashboard.*

**Palavras-chave:** *análise, dados, dashboards, operadoras de saúde suplementar, Power BI, beneficiário, relacionamento com o cliente.*

### 1. Introdução

A padronização do relacionamento com cliente adotado pela Confederação Nacional das Cooperativas Médicas divide-se em instâncias, para o primeiro contato (1º instância) onde devem ser responsáveis os setores de atendimento e canais de

atendimento. É neste primeiro contato onde o beneficiário registra sua primeira manifestação (Solicitação, Elogio, Reclamação, Dúvida, Sugestão ou Denúncia). Em casos de não procedência da manifestação após este primeiro contato, o beneficiário então tem o direito de abrir uma nova manifestação, porém voltado ao setor de 2º instância, a Ouvidoria. Segundo o regulamento do Programa Ouvidoria de Excelência do Sistema Unimed, “o ouvidor é responsável por acompanhar e apoiar as decisões que influenciam diretamente na satisfação e fidelização deles, e deve atuar na prevenção de Notificações de Investigação Preliminar (NIPs)”(UNIMED, 2020).

Visto que o papel principal no contato com o beneficiário é, não somente sua fidelização, mas como também a prevenção de agravantes, no caso de Notificações de Investigação Preliminar (NIPs) ou processos judiciais, se mostra essencial que a tomada de decisões diante das reclamações dos beneficiários sejam precisas. Com isso, faz-se necessário o uso de ferramentas simples e ágeis para análise de dados neste ambiente corporativo, relacionado à área da saúde.

Para viabilizar a elaboração desta pesquisa, fez-se necessário compreender minuciosamente o processo de registro de reclamações estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), desde a definição dos termos e conceitos utilizados, quanto o método de cálculo para a obtenção do índice geral de reclamações. É importante destacar as classificações estabelecidas pela ANS para os tipos de NIPs (Notificações de Intermediação Preliminar). Essas notificações dizem respeito às reclamações dos beneficiários intermediadas pela ANS para que não se tornem processos judiciais.

Elas são classificadas como NIP Assistencial ou NIP Não Assistencial. A NIP Assistencial engloba reclamações relacionadas a coberturas e cuidados diretos com a saúde, enquanto a NIP Não Assistencial abrange questões administrativas e não relacionadas à assistência propriamente dita. E para toda NIP em que se dê como não resolvida ou que exceda o prazo estabelecido, existem outras subclassificações relevantes, incluindo:

- NP (Notificação de Procedimento)
- RVE (Registro de Violação Ética)
- Não Resolvida.

Enquanto que as NIPs que são definidas como resolvidas (ou quando não há resposta por parte do beneficiário) são chamadas Demandas Inativas.(ANS, 2018).

Os dados apresentados no projeto foram obtidos a partir do site da ANS, referentes ao período compreendido entre janeiro de 2022 e julho de 2023. A realização deste trabalho utilizou-se do conceito de extrair os dados em planilha eletrônica, importar e transformar na ferramenta Microsoft Power BI. A transformação destes dados foi baseada na análise da documentação de metodologia da Unimed Brasil, buscando entender quais filtragens e dados são mais relevantes para a tomada de decisões de uma operadora de saúde.

Posteriormente os dados serão exibidos e consolidados a partir da construção feita na ferramenta de visualização de dados Power BI da Microsoft.

## 2. Processos Metodológicos

O processo de desenvolvimento do projeto conta, na importação e transformação de dados, através da ferramenta Microsoft Power BI para construção de gráficos e desenvolvimento visual do layout dos dashboards.

Os dados utilizados como ponto de partida para esta análise foram obtidos a partir dos arquivos em formato CSV disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esses arquivos são referentes aos "Dados Gerais de Reclamações entre Beneficiários e Operadoras de Saúde" e foram correlacionados com o "IGR 2022" e "IGR 072023" (IGR-Índice Geral de Reclamações) também obtidos do portal da ANS durante o desenvolvimento deste estudo. Na planilha "Dados Gerais de Reclamações entre Beneficiários e Operadoras de Saúde", possui as seguintes informações: Registro ANS, Razão Social, Beneficiários, Número Demanda, Data Atendimento, Classificação, Natureza Demanda, Subtema Demanda, Competência e Data de Atualização.

Por outro lado, as planilhas "IGR 2022" e "IGR 072023" englobam informações relevantes, tais como o Registro ANS, Tipo de Cobertura, Competência, Somatório do IGR, Porte da Operadora, Somatório da quantidade de beneficiários, Somatório da quantidade de reclamações, Razão Social. É importante notar que ambas as planilhas compartilham o campo de Registro ANS, que corresponde aos códigos únicos de registro das operadoras junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como a informação da Razão Social.

Para uma análise mais voltada para a região do Mato Grosso, foi coletado também o arquivo de "Dados Abertos de Operadoras Privadas de Saúde Ativas", através do portal de dados abertos do governo federal. Através desta planilha foi possível recolher informações como o Registro ANS, CNPJ, Razão Social, Modalidade, Cidade e UF de todas as operadoras de saúde com cadastro ativo.

Com isso, observa-se que para todas as planilhas utilizadas no processo, o Registro ANS é uma informação em comum. Registro ANS, são os códigos únicos de registros da operadora inseridos na Agência Nacional de Saúde Suplementar. A partir disso, foi possível relacionar a quantidade de reclamações informadas nas planilhas de IGR 2022 e 2023, com a natureza e subtema das reclamações contidas na planilha de "Dados Gerais de Reclamações entre Beneficiários e Operadoras de Saúde" e relacionando também a regionalidade das reclamações a partir dos dados contidos da planilha de "Dados Abertos de Operadoras Privadas de Saúde Ativas".

O dashboard foi desenvolvido dividindo em duas páginas: IGR - Região Norte e Centro-Oeste; IGR - Mato Grosso, sendo que o primeiro exibe os indicadores filtrando as informações vindas da região Norte e Centro-Oeste do país e na outra página os indicadores com foco no estado do Mato Grosso.

## 3. Resultados

### 3.1 IGR - Região Norte e Centro-Oeste

Na página do *dashboard* que diz respeito ao IGR (Índice Geral de Reclamações) das regiões Norte e Centro-Oeste, os requisitos estabelecidos para a definição dos indicadores foram:

- a) Total de Reclamações por Subtemas por Porte da Operadora

- b) Quantidade de Beneficiários e quantidade de reclamações por Razão Social
- c) Principais operadoras com maior número de reclamações nas regiões Norte e Centro-Oeste por Porte da Operadora

As figuras 1, 2 e 3 que seguem abaixo dizem respeito a estes indicadores.

### a) Total de Reclamações por Subtemas das Demandas

A importância de ter um indicador com o total das reclamações por categorias, ou chamados subtemas, está relacionada à compreensão das principais áreas que estão gerando insatisfação ao beneficiário.

Com a análise deste indicador, é possível para a operadora direcionar os processos de resoluções e implementar medidas mais seguras e precisas. Neste indicador, apresentado na figura 1, foi utilizado, além da filtragem por região Norte e Centro-Oeste, a distinção entre os subtemas em que cada reclamação está relacionada. Pode-se observar que o maior número de reclamações na região Norte e Centro-Oeste são da categoria “Gerenciamento das Ações por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquias, co-participação e outros)” com 43,39% do total, sendo 30,28% destes vindos de operadoras de grande porte, 7,69% de operadoras de médio porte e 5,42% de operadoras de pequeno porte, e em seguida, a categoria “Rol de Procedimentos e Coberturas” com 14,21% do total de reclamações.

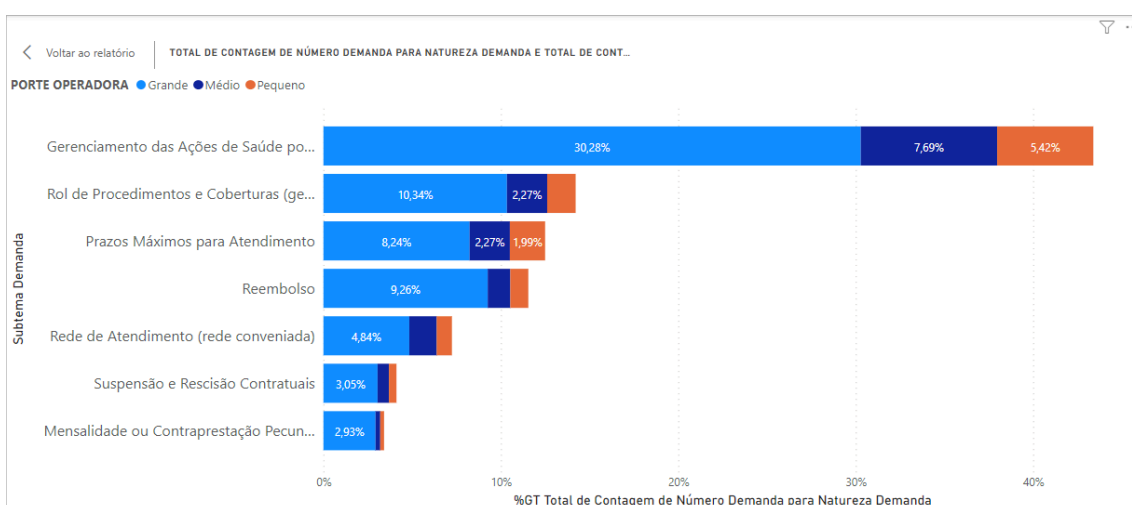


Figura 1. Total de Reclamações por Subtema.

Nota-se que há uma diferença significativa entre o primeiro e o segundo lugar, ressaltando que a categoria de “Gerenciamento das Ações por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquias, co-participação e outros)” trata-se de uma queixa recorrente entre beneficiários destas regiões, ou seja a maioria das operadoras possui um déficit na área de atendimento relacionada com problemas como, por exemplo, demora na autorização de procedimentos médicos (consultas e exames), cobranças abusivas de franquias, negativas indevidas de coberturas e falta de transparência nas informações fornecidas aos beneficiários, que são assuntos relacionados com o subtema em questão.

Os demais subtemas seguem na seguinte ordem: Prazos Máximos para Atendimento (12,5%), Reembolso (11,54%), Rede de Atendimento (rede conveniada) (7,25%), Suspensão e Rescisão Contratuais (4,11%). Estes são os subtemas que representam os aspectos mais relevantes em termos de número de reclamações da região.

## b) Quantidade Beneficiário por quantidade de reclamações por Razão Social

Este indicador demonstra a quantidade de reclamações registradas por Operadora de Saúde comparando com a soma da quantidade de beneficiários vinculados a cada operadora. Com isso, o indicador auxilia a determinar se a proporção de reclamações está alta ou baixa, considerando alta se a quantidade na soma de reclamações for maior que a soma dos beneficiários. Auxiliando nas tomadas de decisões e estratégias das operadoras, tanto na finalidade de reverter cenários de alta proporção quanto em cenários onde o objetivo está relacionado em manter a baixa proporção.

Neste indicador, apresentado na figura 2: Soma de Quantidade Beneficiários, refere-se ao número total de beneficiários registrados no sistema das operadoras, enquanto que “Soma de Quantidade de Reclamações” exibe em linha junto com quantidade de beneficiários o total de registros de reclamação.

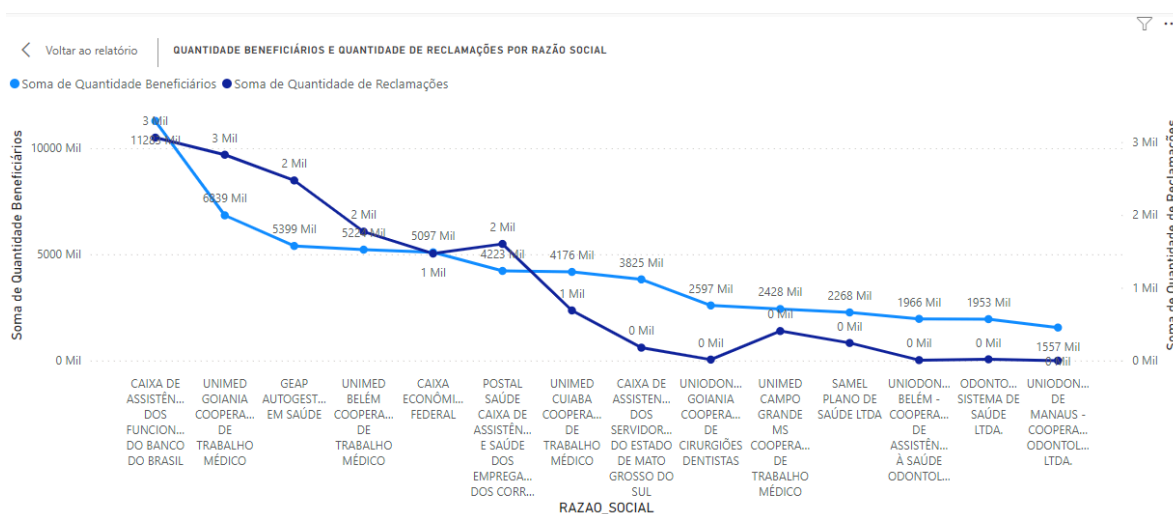


Figura 2 - Quantidade Beneficiário por quantidade de reclamações por Razão Social.

## c) Principais operadoras com maior número de reclamações nas regiões Norte e Centro-Oeste por Porte da Operadora

Na figura 3, é possível visualizar o indicador que apresenta as operadoras de saúde suplementar que receberam o maior volume de reclamações das regiões Norte e Centro-Oeste indicando a classificação por porte de cada uma delas. Sendo que no eixo x, contém o número de reclamações, e no eixo y, contém a Razão Social das operadoras correspondentes àquelas que possuem o maior número deste registro. Este indicador tem como base também, o porte da operadora, o que significa que é indicado nas legendas as

operadoras que mais possuem reclamações de acordo com o tamanho de sua estrutura e número de beneficiários, sendo divididas em portes pequenos, médios e grandes.

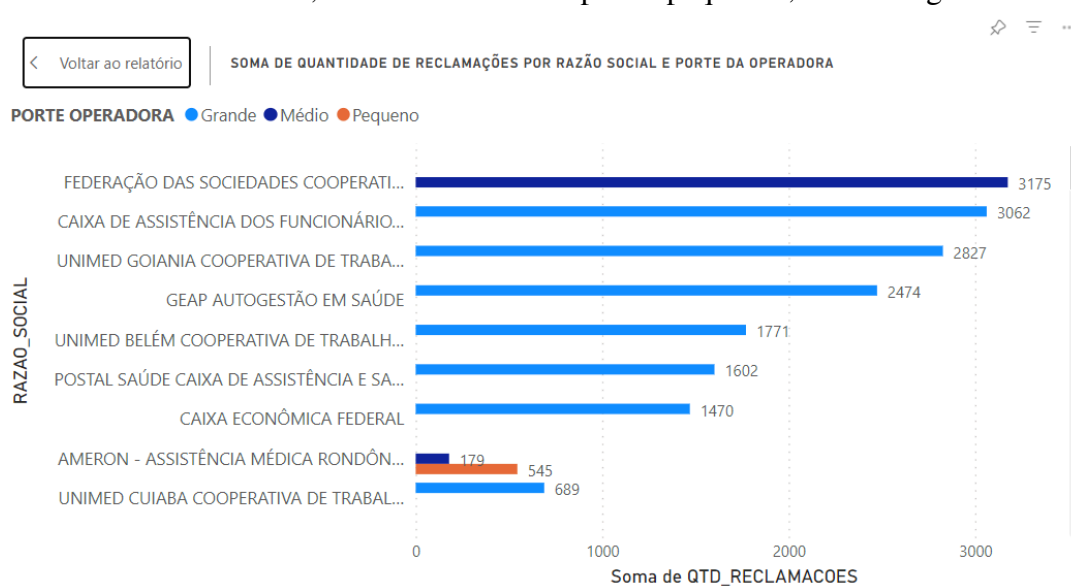


Figura 3 - Total de reclamações por Operadoras de Saúde das Regiões.

### 3.2 IGR-MT - Índice Geral de Reclamações de Mato Grosso

Na página de *dashboard* criada que diz respeito ao Índice Geral de Reclamações do Estado de Mato Grosso, em específico, foram realizadas as seguintes análises:

- Classificação Total das reclamações por Razão Social
- Contagem de demandas por subtemas no Mato Grosso
- Contagem de demandas por operadoras no Mato Grosso

#### a) Total de Reclamações por Razão Social e Subtema Demanda

O gráfico apresentado na figura 4, contém os subtemas que registraram as maiores reclamações no estado do Mato Grosso. Cada barra do gráfico representa um subtema específico e a altura da barra indica a quantidade de reclamações relacionadas a esse subtema.

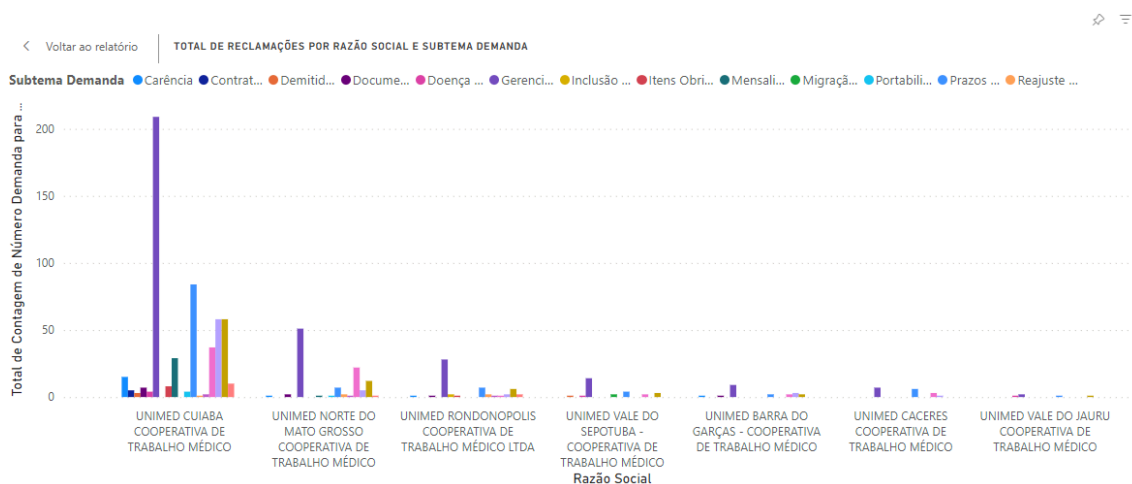


Figura 4 - Indicador da classificação total das demandas.

Os subtemas apresentados na figura 4 tratam sobre os assuntos:

- Gerenciamento das Ações de Saúde por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquia, co-participação e outros)
- Prazos Máximos para Atendimento
- Rol de Procedimentos e Coberturas (geográfica e assistencial)
- Reembolso
- Rede de Atendimento (rede conveniada)
- Mensalidade ou Contraprestação Pecuniária
- Carência
- Suspensão e Rescisão Contratuais
- Documentos de Entrega Obrigatória ao Consumidor

Através desse gráfico, é possível identificar os subtemas que são mais problemáticos ou que geram maior insatisfação entre os beneficiários de operadoras de saúde no Mato Grosso. Essa análise permite direcionar esforços para áreas específicas que necessitam de atenção e melhorias por parte das operadoras. Como por exemplo, o subtema Gerenciamento das Ações de Saúde por Parte da Operadora, em que é o assunto com o maior índice de reclamação e que inclui questões de pedidos de autorizações prévias (consultas e exames) e seleção e gerenciamento das redes de médicos e hospitais.

## b) Total de Reclamações por Razão Social e Porte da Operadora no Mato Grosso

O indicador apresentado na figura 5, representa as operadoras do estado do Mato Grosso que mais receberam registros de reclamações. Essa análise possibilita às operadoras do estado a avaliação do desempenho e auxilia na busca por áreas problemáticas em questões de satisfação do beneficiário.

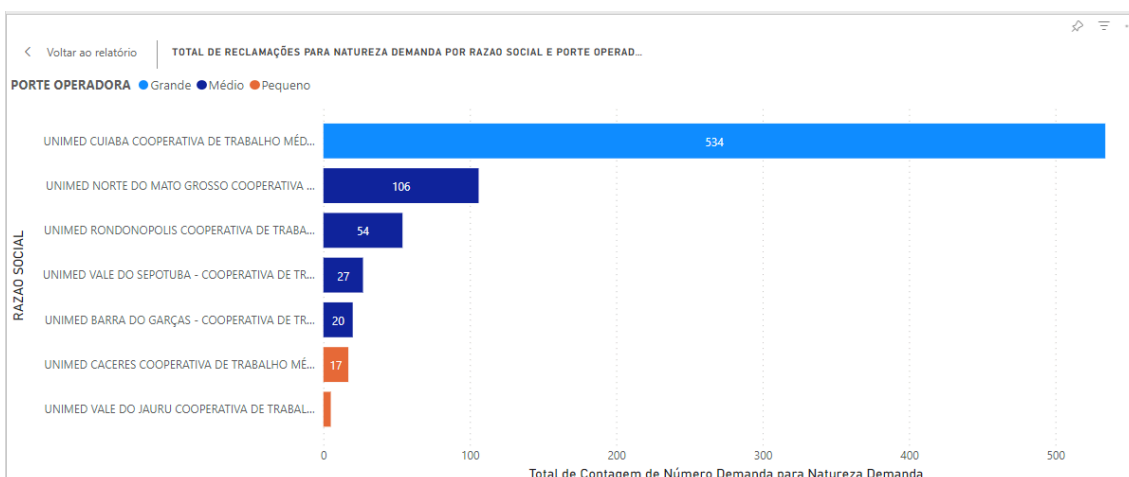


Figura 5 - Total de Reclamações para natureza

Para uma análise mais coerente e justa, os resultados, apresentados na figura 5, são divididos por classificação do porte de cada operadora, sendo assim o indicador exibe os maiores números de reclamação por operadora do Mato Grosso, de acordo com o comparativo do seu porte, que pode ser grande, médio ou pequeno.

### c) Classificação total das demandas por subtema

O indicador de classificação total, ilustrado na figura 6, possui os dados de todas as manifestações do tipo reclamação que obtiveram sua devolutiva (sendo negativa ou positiva) ou aquelas em andamento.

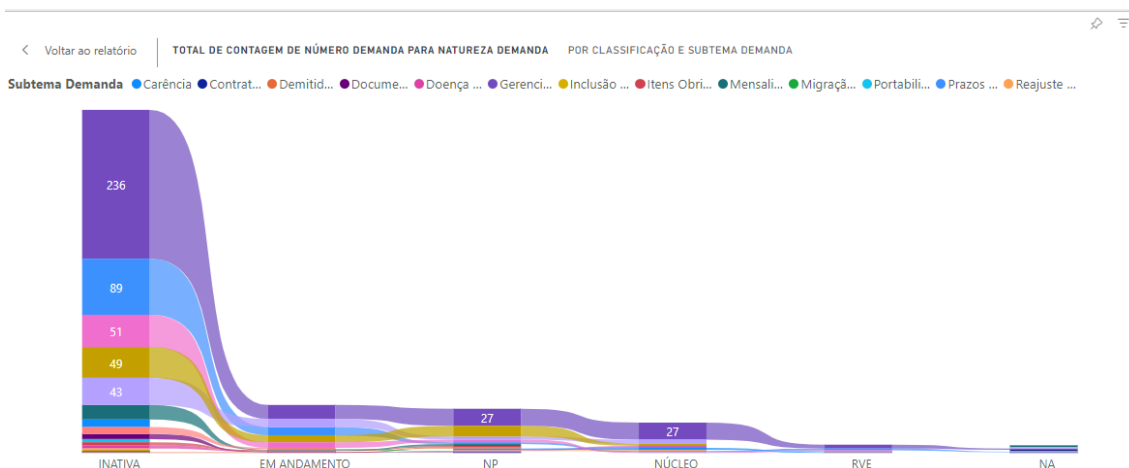


Figura 6 - Indicador da classificação total das demandas

No indicador apresentado na figura 6, é possível observar as diferentes classificações atribuídas às manifestações, representadas pelas seguintes categorias:

**Inativa:** Refere-se a manifestações que foram consideradas resolvidas ou que não receberam retorno por parte do beneficiário. O indicativo desse tipo de demanda cabe em quase 80% do total de demandas. Essas reclamações estão encerradas e não estão mais em andamento.



- Em andamento: Indica manifestações que estão atualmente em processo de tratamento ou análise. Essas reclamações ainda estão sendo avaliadas e medidas estão sendo tomadas para resolvê-las.
- NP (Notificação de Procedimento): Refere-se a manifestações relacionadas a procedimentos específicos, como autorizações prévias, franquias ou co-participação. Essas reclamações estão relacionadas a questões específicas de procedimentos e podem exigir medidas adicionais para sua resolução.
- RVE: Essa classificação está relacionada a manifestações que envolvem o Núcleo de Apoio Técnico às Reclamações de Violação Ética (NÚCLEO NA RVE). Essas reclamações estão relacionadas a violações éticas e exigem um tratamento específico por parte do núcleo responsável.

### **3. Análise dos resultados**

Para análise dos resultados dos indicadores gerados pelos dados do IGR, é importante considerar alguns aspectos. Um menor número de contagem das demandas indica um menor número de reclamações em relação ao número total de beneficiários. O que pode ser um indicativo de uma boa prestação de serviços por parte das operadoras de saúde nas regiões de Norte e Centro-Oeste. Este menor número de reclamações, dentre os períodos de janeiro de 2022 e julho de 2023 é consolidado principalmente na região Centro-Oeste, enquanto que o maior número concentra-se na região Norte. O índice alto sugere um maior número de reclamações em relação ao número de beneficiários, o que pode indicar problemas na qualidade dos serviços, atendimento ao cliente ou cobertura oferecida pelas operadoras.

Dentre as reclamações do tipo assistenciais, observa-se uma predominância significativa, em todas as regiões do subtema “Gerenciamento das Ações por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquias, co-participação e outros)”. Isso indica que questões como essa estão diretamente relacionadas à satisfação na experiência do beneficiário. Ou seja, é imprescindível que as operadoras de saúde invistam nas corretivas nos processos ligados a pedidos de autorizações prévias, qualidade das redes credenciadas a operadoras (médicos/clínicas) e cobrança de valores excedentes à coparticipação.

Pela região do estado do Mato Grosso, nota-se que as operadoras com maior número de reclamações são: Unimed Cuiabá Cooperativa de Trabalho Médico e Unimed Norte do Mato Grosso, em que abrange sua cobertura e possui sede na cidade de Sinop. Por outro lado, é um alto número de diferença entre a Unimed residida na capital, que ocupa o primeiro lugar e entre esta que abrange o município presente, principalmente em razão da Unimed Cuiabá ser do tipo de porte grande de operadora enquanto que a Unimed Norte do Mato Grosso é classificada como um unidade de médio porte.

Nota-se também que a maior parte das reclamações totais das regiões Norte e Centro-Oeste obtiveram uma classificação de Inativa. Essa característica é um indicativo positivo, uma vez que demonstra que a situação foi tratada e solucionada, consolidando-a como menos agravante.

A proporção de reclamações classificadas como Inativas e com menor incidência de RVE nas regiões Norte e Centro-Oeste pode ser considerada um reflexo positivo da

gestão e atendimento das operadoras de saúde nessas localidades. Demonstrando um alto índice de resolução dos problemas dos beneficiários e a busca por sua satisfação.

O link para acesso ao dashboard encontra-se em: [https://app.powerbi.com/groups/me/reports/832ac412-8d60-4611-ad6c-69f8a1f0afd8?ctid=5a673449-885d-4211-b858-bd10b1fb86c0&pbi\\_source=linkShare](https://app.powerbi.com/groups/me/reports/832ac412-8d60-4611-ad6c-69f8a1f0afd8?ctid=5a673449-885d-4211-b858-bd10b1fb86c0&pbi_source=linkShare)

#### 4. Considerações Finais

Em conclusão, o presente trabalho teve como objetivo abordar a importância da padronização do relacionamento com o cliente e o uso de ferramentas de análise de dados para a tomada de decisões precisas no ambiente corporativo da saúde.

Com o resultado da presente pesquisa, a gestão das operadoras consegue avaliar a relação entre a satisfação do cliente e o desempenho da operadora, o fortalecimento do relacionamento com o cliente, aprimorando a qualidade do atendimento. É possível identificar a importância do acompanhamento desta métrica para utilização, não somente interna, mas também proporcionar uma melhor visão comparativa de concorrentes, ajudando inclusive ao entendimento da operadora sobre qual posição está sendo ocupada por ela em relação aos demais.

Além disso, com os indicadores apresentados no *dashboard*, é possível a geração de insights cruciais e importantes para a garantia de satisfação do cliente.

#### 5. Referências

**Dados.gov.br.** *Operadoras de Planos Privados de Saúde.* Disponível em: <https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/operadoras-de-planos-privados-de-saude>. Acesso em: 06 Junho 2023.

**Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).** *Índice de Reclamações.* Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-d-e-reclamacoes-2>. Acesso em: 06 Junho 2023.

**Unimed Brasil.** *Manual de Excelência de Ouvidoria da Unimed.* (2020). Disponível em: [https://www.unimed.coop.br/portalunimed/flipbook/unimed\\_brasil/manual\\_programa\\_o\\_ouvidoria\\_de\\_excelencia](https://www.unimed.coop.br/portalunimed/flipbook/unimed_brasil/manual_programa_o_ouvidoria_de_excelencia). Acesso em: 06 Junho 2023.

**Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).** *"ANS apresenta novo índice de reclamações das operadoras".* Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/2997-ans-apresenta-novo-indice-de-reclamacoes-das-operadoras>. Acesso em: 08 Maio 2023.

**Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).** *Apresentação DIFIS NIP.* Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/centrais-de-conteudo/apresentao-difis-nip-pdf>. Acesso em: 06 Junho 2023.