

- 1 INTRODUÇÃO**
- 2 FUNDAMENTOS LEGAIS**
- 3 OBJETIVOS**
- 4 BASES DE DADOS**
- 5 INDICADORES E DIMENSÕES DE ANÁLISE**
- 6 ETAPAS DE APLICAÇÃO DA METODOLOGIA**
 - 6.1 Critérios de elegibilidade**
 - 6.2 Alocação das operadoras em grupos de análise**
 - 6.3 Classificação da aplicabilidade dos indicadores**
 - 6.4 Cálculo dos indicadores**
 - 6.5 Classificação dos problemas de informação**
 - 6.6 Cálculo da nota da operadora em cada indicador**
 - 6.7 Cálculo da nota da operadora em cada dimensão**
 - 6.8 Definição dos pesos das dimensões**
 - 6.8.1 Análise de decisão multicritérios*
 - 6.8.2 Escala Fundamental de Saaty*
 - 6.8.3 Descrição das etapas do método de seleção das operadoras*
 - 6.9 Passos para o cálculo dos pesos das dimensões**
 - 6.9.1 Hierarquização, em ordem de importância, para a comparação das dimensões*
 - 6.9.2 Construção da matriz de preferência*
 - 6.9.3 Normalização da matriz de preferência*
 - 6.9.4 Cálculo dos pesos das dimensões*
 - 6.9.5 Avaliação da consistência*
 - 6.10 Cálculo da nota final da operadora**
- 7 DEFINIÇÃO DO STATUS DA OPERADORA**
- 8 RANKING DE OPERADORAS NO STATUS**
- 9 CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO**
- 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Gerência/Diretoria: **GGRAS/DIPRO**
Protocolo n.º. 33902._____/2012- ____
Data Registro: ____/____/____
Hora Registro: ____:____
Assinatura: _____

Nota Técnica N° 162/2012/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS

Rio de Janeiro, 19 de abril de 2012.

Assunto: Metodologia de Monitoramento Assistencial – atualização da Nota Técnica nº 113/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS

1. INTRODUÇÃO

A regulação trouxe avanços significativos para a assistência à saúde prestada aos beneficiários no âmbito da saúde suplementar. As regras e mudanças estabelecidas pelo órgão regulador suscitaram o desenvolvimento, por parte das operadoras, de inovações nas práticas assistenciais e de gestão, dentre as quais podemos destacar: o investimento em sistemas de informação, o gerenciamento de doenças crônicas, o desenvolvimento de programas para promoção da saúde e prevenção de doenças, a implementação de protocolos e Diretrizes Clínicas, entre outras.

Porém, ainda observamos no setor determinadas condutas que constituem risco à continuidade e à qualidade dos serviços prestados aos beneficiários, tais como: o uso excessivo e inadequado dos mecanismos de regulação; a morosidade no tempo de atendimento; a negativa de cobertura dos procedimentos obrigatórios; a desinformação do beneficiário acerca do produto contratado; uma relação conflituosa entre operadoras e prestadores de serviços; inadequações no dimensionamento da rede assistencial.

Em face à necessidade de monitorar a atuação das operadoras no que tange à assistência prestada aos beneficiários, averiguar informações relacionadas aos produtos, constatar anormalidades assistenciais e traçar um diagnóstico que possibilite analisar a atenção prestada aos beneficiários em conformidade com as exigências da ANS e com os produtos contratados, torna-

se imperativo o desenvolvimento de uma metodologia que subsidie as ações e procedimentos operacionais de monitoramento remoto e in loco, conferindo transparência ao processo regulatório.

2. FUNDAMENTOS LEGAIS

A Lei n.º 9.656/98, em seu art. 8.º, estabeleceu os requisitos para que fosse deferida a autorização de funcionamento para operadoras de planos privados de assistência à saúde, dentre os quais consta a demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados.

Tendo em vista a grande relevância dos serviços prestados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, é necessário o acompanhamento dessa capacidade de atendimento aos beneficiários, a fim de que não haja qualquer risco à continuidade e qualidade da prestação dos serviços de saúde.

Tal previsão foi contemplada no art. 24 da Lei dos Planos de Saúde, que estabeleceu a possibilidade de aplicação de medidas interventivas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, como a determinação de alienação de carteira e direção técnica ou fiscal quando evidenciada a insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves, capazes de expor a risco a continuidade ou qualidade do atendimento à saúde.

Demonstrando a preocupação com o monitoramento da capacidade assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde, a Lei n.º 9.961/2000, ao instituir a ANS, prescreveu a atribuição da Agência para estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde (art. 4.º, V e XV); exercer o controle e avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados (art. 4.º, XXIV); avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde (art. 4.º, XXVIII) e zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar (art. 4.º, XXXVII).

Para dar cumprimento a sua norma instituidora, o Regimento Interno da ANS estabelece que o monitoramento assistencial previsto pela Lei n.º 9.656/98 e pela Lei n.º 9.961/2000 será promovido e realizado pela Gerência de Monitoramento Assistencial – GMOA, integrante da Gerência Geral de Regulação Assistencial – GGRAS, pertencente à Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO (arts. 38, XXII, e 46, XVII, e 47, todos da RN n.º 197/2009, alterada pela RN n.º 245/2011).

3. OBJETIVOS

Em linhas gerais a Metodologia de Monitoramento Assistencial consiste na utilização de um conjunto de indicadores, calculados a partir de dados coletados nos diversos sistemas de informação da ANS, com vistas a captar indícios de risco assistencial nas operadoras e subsidiar as ações do órgão regulador.

A metodologia aqui apresentada gera três produtos:

1- Enquadramento das operadoras em *status* sinalizadores de indícios de risco assistencial, a saber:

- VERDE: indício de risco assistencial baixo
- AMARELO: indício de risco assistencial pré-moderado
- LARANJA: indício de risco assistencial moderado
- VERMELHO: indício de risco assistencial grave

2- *Ranking* de operadoras em cada *status*

3- Prontuário da operadora: documento disponível para consulta no *site* da ANS que sintetiza as informações cadastrais da operadora, os resultados nos indicadores do Monitoramento Assistencial, o status de risco e a posição final no ranking.

4. BASES DE DADOS

Conforme exposto acima, a Metodologia de Monitoramento Assistencial se baseia em dados coletados nos diversos sistemas de informação da ANS e também em bancos de dados externos, quais sejam:

- CADOP/ANS – Cadastro de Operadoras;
- SIB/ANS – Sistema de Informações de Beneficiários;
- SIP/ANS – Sistema de Informação de Produtos;
- RPS/ANS – Sistema de Registro de Produtos;
- CNES/MS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- DLP/ANS – Sistema de Doenças e Lesões Preexistentes;
- DIOPS/ANS – Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde;
- SIG/ANS – Sistema de Informações Gerenciais;
- SIF/ANS – Sistema de Informações de Fiscalização;
- NTRP – Nota Técnica de Registro de Produtos.

Os dados de cada sistema são extraídos, tabulados e disponibilizados pela GEPIN/DIDES conforme o *layout* especificado pela GMOA/DIPRO.

5. INDICADORES E DIMENSÕES DE ANÁLISE

Primeiramente foi realizado um levantamento dos sistemas existentes e uma análise dos dados neles contidos, vislumbrando avaliar quais seriam relevantes para indicar a possível existência de risco assistencial nas operadoras. Em seguida, em conjunto com técnicos de todas as gerências da DIPRO, chegou-se a um conjunto de 21 indicadores.

Para sistematizar a análise e classificar a natureza das anormalidades assistenciais apresentadas por uma determinada operadora, optou-se por alocar os 21 indicadores em 5 dimensões, quais sejam:

- **Assistencial:** avalia a assistência prestada aos beneficiários de planos privados de saúde;
- **Estrutura e Operação:** avalia a estruturação técnico-assistencial da rede de prestadores de serviços, e a adequação dos mecanismos utilizados pela operadora para a regulação do acesso aos serviços;
- **Econômico-financeira:** avalia as premissas econômico-financeiras e atuariais relacionadas à precificação dos produtos;
- **Informação:** avalia a regularidade e a consistência das informações obrigatórias enviadas à ANS;
- **Reclamação:** avalia o quantitativo de reclamações efetuadas pelos beneficiários junto à ANS.

A tabela abaixo apresenta os indicadores alocados em suas respectivas dimensões:

Tabela 1- Lista de indicadores por dimensão

Dimensão	Indicador
Assistencial	Número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário
	Taxa de internação hospitalar
	Proporção de consulta médica em pronto socorro
	Índice de ressonância magnética
	Produção de hemodiálise crônica
	Produção de internações psiquiátricas
	Índice de sessões de quimioterapia sistêmica por consulta médica
	Número de consultas odontológicas iniciais por beneficiário
	Proporção de próteses odontológicas unitárias em relação aos procedimentos odontológicos
Econômico-financeira	Índice de despesa assistencial
	Prazo Médio de Pagamento de Eventos - PMPE

Dimensão	Indicador
	Valor comercial – proporção
Estrutura e Operação	Dispersão da rede assistencial exclusivamente odontológica
	Dispersão de procedimentos e serviços básicos de saúde
	Dispersão de serviços de urgência e emergência 24h
	Dispersão da rede assistencial médico-hospitalar
	Índice de solicitações de abertura de processo de DLP para cada 10.000 beneficiários
Informação	Índice de regularidade de envio dos sistemas de informação
	Proporção de indicadores com problema de informação
Reclamação	Índice de reclamações
	Índice de NIP - Notificação de Investigação Preliminar

É importante destacar que o grupo de indicadores poderá ser ajustado sempre que necessário, em função de reavaliações a serem realizadas pela GMOA/DIPRO.

6. ETAPAS DE APLICAÇÃO DA METODOLOGIA

De posse dos dados fornecidos pela GEPIN, são procedidas as etapas descritas nos itens a seguir. Para a importação dos dados e aplicação de todas as etapas da metodologia foi desenvolvido pela GMOA um programa no software estatístico SAS.

6.1 Critérios de elegibilidade

A partir da lista de todas as operadoras cadastradas no CADOP, serão consideradas elegíveis a participarem da Metodologia de Monitoramento Assistencial aquelas que atenderem aos seguintes critérios:

- Situação ativa no CADOP; e
- Modalidade diferente de administradora ou administradora de benefícios.

Vale lembrar que, a cada processamento da metodologia, todas as operadoras que atenderem aos critérios acima serão consideradas elegíveis.

6.2 Alocação das operadoras em grupos de análise

As operadoras consideradas elegíveis a participarem da metodologia, segundo os critérios expostos no item 6.1, serão divididas em 2 grupos de análise, conforme a modalidade da operadora no CADOP:

Tabela 2- Critérios para alocação das operadoras elegíveis nos grupos de análise

Grupo	Modalidade no CADOP
<p style="text-align: center;">MH Médico-Hospitalar com ou sem odontologia</p>	Seguradora especializada em saúde
	Cooperativa Médica
	Autogestão
	Filantropia
	Medicina de Grupo
<p style="text-align: center;">OD Exclusivamente odontológica</p>	Cooperativa odontológica
	Odontologia de grupo

Vale destacar que alguns indicadores não se aplicam às operadoras do grupo OD (exclusivamente odontológico). Assim, tem-se que o grupo MH possui 20 indicadores e o grupo OD possui 9 indicadores, conforme tabela a seguir:

Tabela 3- Lista dos indicadores por dimensão e grupo de análise

Dimensão	Indicador	Grupo MH	Grupo OD
Assistencial	Número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário	SIM	NÃO
	Taxa de internação hospitalar	SIM	NÃO
	Proporção de consulta médica em pronto socorro	SIM	NÃO
	Índice de ressonância magnética	SIM	NÃO
	Produção de hemodiálise crônica	SIM	NÃO
	Produção de internações psiquiátricas	SIM	NÃO
	Índice de sessões de quimioterapia sistêmica por consulta médica	SIM	NÃO
	Número de consultas odontológicas iniciais por beneficiário	SIM	SIM
	Proporção de próteses odontológicas unitárias em relação aos procedimentos odontológicos	SIM	SIM
Econômico-financeira	Índice de despesa assistencial	SIM	SIM
	Prazo Médio de Pagamento de Eventos - PMPE	SIM	SIM
	Valor comercial – proporção	SIM	NÃO
Estrutura e Operação	Dispersão da rede assistencial exclusivamente odontológica	NÃO	SIM
	Dispersão de procedimentos e serviços básicos de saúde	SIM	NÃO
	Dispersão de serviços de urgência e emergência 24h	SIM	NÃO
	Dispersão da rede assistencial médico-hospitalar	SIM	NÃO
	Índice de solicitações de abertura de processo de DLP para cada 10.000 beneficiários	SIM	NÃO
Informação	Índice de regularidade de envio dos sistemas de informação	SIM	SIM
	Proporção de indicadores com problema de informação	SIM	SIM
Reclamação	Índice de reclamações	SIM	SIM
	Índice de NIP – Notificação de Investigação Preliminar	SIM	SIM
TOTAL DE INDICADORES		20	9

6.3 Classificação da aplicabilidade dos indicadores

As operadoras comercializam planos que permitem o atendimento em diversas combinações das segmentações assistenciais regulamentadas pela ANS: ambulatorial, hospitalar, obstetrícia e odontológica.

Considerando este aspecto, faz-se necessário definir quais indicadores serão aplicados para cada operadora. Por exemplo: Uma operadora que só comercializa planos da segmentação ambulatorial não será avaliada nos indicadores hospitalares ou odontológicos, sendo classificada como “Não se aplica”.

Dessa forma, optou-se por avaliar a aplicabilidade dos indicadores com base na existência de beneficiários em cada segmentação assistencial informada no SIB/ANS – Sistema de Informação de Beneficiários, considerando o período de análise. A tabela abaixo apresenta os critérios de aplicabilidade para cada indicador:

Tabela 4- Critérios de aplicabilidade por indicador

Dimensão	Indicador	Critérios de aplicabilidade
Assistencial	Número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário	Aplicável a operadoras do grupo MH com beneficiários na segmentação ambulatorial segundo o SIB do período
	Taxa de internação hospitalar	Aplicável a operadoras do grupo MH com beneficiários na segmentação hospitalar segundo o SIB do período
	Proporção de consulta médica em pronto socorro	Aplicável somente a operadoras do grupo MH na segmentação ambulatorial segundo o SIB do período
	Índice de ressonância magnética	Aplicável a operadoras do grupo MH com beneficiários na segmentação ambulatorial segundo o SIB do período
	Produção de hemodiálise crônica	Aplicável a operadoras do grupo MH com beneficiários na segmentação ambulatorial segundo o SIB do período

Dimensão	Indicador	Critérios de aplicabilidade
	Produção de internações psiquiátricas	Aplicável a operadoras do grupo MH com beneficiários na segmentação hospitalar segundo o SIB do período
	Índice de sessões de quimioterapia sistêmica por consulta médica	Aplicável a operadoras do grupo MH com beneficiários na segmentação ambulatorial segundo o SIB do período
	Número de consultas odontológicas iniciais por beneficiário	Aplicável a todas as operadoras do grupo OD ou operadoras do grupo MH com beneficiários na segmentação odontológica segundo o SIB do período
	Proporção de próteses odontológicas unitárias em relação aos procedimentos odontológicos	Aplicável a todas as operadoras do grupo OD ou operadoras do grupo MH com beneficiários na segmentação odontológica segundo o SIB do período
Econômico-financeira	Índice de despesa assistencial	Aplicável a todas as operadoras, exceto as autogestões patrocinadas por RH que não têm obrigatoriedade de envio do DIOPS. Caso seja utilizado o DIOPS do 1º, 2º ou 3º trimestre, não será aplicável às cooperativas odontológicas e odontologias de grupo com até 20.000 beneficiários.
	Prazo Médio de Pagamento de Eventos - PMPE	Aplicável a todas as operadoras, exceto as autogestões patrocinadas por RH que não têm obrigatoriedade de envio do DIOPS. Caso seja utilizado o DIOPS do 1º, 2º ou 3º trimestre, não será aplicável às cooperativas odontológicas e odontologias de grupo com até 20.000 beneficiários.
	Valor comercial – proporção	Aplicável somente a operadoras do grupo MH
Estrutura e Operação	Dispersão da rede assistencial exclusivamente odontológica	Aplicável somente a operadoras do grupo OD, utilizando os mesmos critérios do PQSS
	Dispersão de procedimentos e serviços básicos de saúde	Aplicável somente a operadoras do grupo MH, utilizando os mesmos critérios do PQSS

Dimensão	Indicador	Critérios de aplicabilidade
	Dispersão de serviços de urgência e emergência 24h	Aplicável somente a operadoras do grupo MH, utilizando os mesmos critérios do PQSS
	Dispersão da rede assistencial médico-hospitalar	Aplicável somente a operadoras do grupo MH, utilizando os mesmos critérios do PQSS
	Índice de solicitações de abertura de processo de DLP para cada 10.000 beneficiários	Aplicável somente a operadoras do grupo MH
Informação	Índice de regularidade de envio dos sistemas de informação	Aplicável a todas as operadoras
	Proporção de indicadores com problema de informação	Aplicável a todas as operadoras
Reclamação	Índice de reclamações	Aplicável a todas as operadoras com mais de 100 beneficiários
	Índice de NIP – Notificação de Investigação Preliminar	Aplicável a todas as operadoras inscritas na NIP

A aplicabilidade dos indicadores de dispersão de rede é processada pela GEPIN/DIDES, conforme os critérios utilizados no PQSS – Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.

O indicador NIP não será aplicado para as operadoras que não aderiram ao instrumento.

O mesmo ocorre no Índice de Reclamações, para as operadoras com número de beneficiários menor ou igual a 100.

6.4 Cálculo dos indicadores

Para as operadoras elegíveis e aplicáveis foram calculados os indicadores considerando os critérios e as fórmulas de cálculo descritas nas fichas técnicas de cada indicador, disponíveis no *site* da ANS.

6.5 Classificação dos problemas de informação

Nos casos em que um determinado indicador se aplica à operadora, mas seu cálculo não é possível porque a operadora não enviou a informação ou a enviou com inconsistência, utilizou-se as premissas da tabela 5.

Tabela 5- Critérios para classificação dos problemas de informação

Classificação do problema de informação	Situação do Numerador	Situação do Denominador
Informação zerada	0	0
Sem informação	vazio	vazio
Denominador zerado	>0	0
Informação incompleta	>=0	vazio
	vazio	>0

6.6 Cálculo da nota da operadora em cada indicador

O resultado da operadora em cada indicador é comparado com um parâmetro considerado ideal, de forma que para cada indicador a operadora recebe uma nota que varia de 0 a 1, onde 0 representa alto risco assistencial no indicador e 1 representa baixo risco assistencial no indicador. A tabela a seguir sintetiza a fórmula de cálculo e o critério de pontuação:

Tabela 6 – Síntese das fórmulas de cálculo dos indicadores e os respectivos critérios de pontuação

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO NO INDICADOR	PONTUAÇÃO
DIMENSÃO ASSISTENCIAL				
Nº de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário	Eventos ocorridos - consulta médica ambulatorial - SIP/ANS	Beneficiários fora do período de carência para consulta médica ambulatorial - SIP/ANS	Problema de Informação ou Resultado = 0	0
			$0 < \text{Resultado} < 0,75$	$\frac{\text{resultado}}{0,75}$

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO NO INDICADOR	PONTUAÇÃO
			Resultado $\geq 0,75$	1
Taxa de internação hospitalar (*)	Eventos de internações hospitalares - SIP/ANS x 100	Beneficiários fora do período de carência para internações hospitalares - SIP/ANS	Problema de Informação ou resultado $\leq 0,2 \times$ Mediana ou $\geq 2 \times$ Mediana	0
			$0,2 \times$ Mediana < Resultado < $0,7 \times$ Mediana	$\frac{\text{resultado} - 0,2 \times \text{mediana}}{0,7 \times \text{mediana} - 0,2 \times \text{mediana}}$
			$0,7 \times$ Mediana \leq Resultado $\leq 1,15 \times$ Mediana	1
			$1,15 \times$ Mediana < Resultado < $2 \times$ Mediana	$1 - \left(\frac{\text{resultado} - 1,15 \times \text{mediana}}{2 \times \text{mediana} - 1,15 \times \text{mediana}} \right)$
Proporção de consulta médica em pronto socorro	Eventos ocorridos - consulta médica em pronto socorro - SIP/ANS x 100	Eventos ocorridos - consulta médica - SIP/ANS	Problema de informação ou Resultado = 0 ou resultado > 20	0
			$0 <$ Resultado < 5	$\frac{\text{resultado}}{5}$
			$5 \leq$ Resultado ≤ 20	1
Índice de ressonância magnética (*)	Eventos Ocorridos - ressonância magnética - SIP/ANS x 100	Eventos Ocorridos - consultas médicas - SIP/ANS	Problema de Informação ou Resultado < 0,04 ou Resultado \geq limite superior do boxplot	0
			$0,04 \leq$ Resultado < mediana	$\frac{\text{resultado} - 0,04}{\text{mediana} - 0,04}$
			mediana \leq Resultado < limite superior do boxplot	1
Produção de hemodiálise crônica	Eventos Ocorridos - Hemodiálise crônica - SIP/ANS	Eventos ocorridos - consultas médicas - SIP/ANS x 0,01881	Problema de Informação ou Resultado = 0	0
			$0 <$ Resultado < 1	Resultado
			Resultado ≥ 1	1
Produção de internações psiquiátricas	Eventos Ocorridos - Internação Psiquiátrica - SIP/ANS	Eventos Ocorridos - Internações - SIP/ANS x 0,035	Problema de Informação ou Resultado = 0	0
			$0 <$ Resultado < 1	Resultado
			Resultado ≥ 1	1
Índice de sessões de quimioterapia sistêmica por consulta médica	Eventos Ocorridos - quimioterapia sistêmica - SIP/ANS x 100	Eventos Ocorridos - consultas médicas - SIP/ANS	Problema de informação ou Resultado = 0	0
			$0 <$ Resultado < 0,07	$\frac{\text{Resultado}}{0,07}$
			Resultado $\geq 0,07$	1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO NO INDICADOR	PONTUAÇÃO
Nº de consultas odontológicas iniciais por beneficiário	Eventos ocorridos - consultas odontológicas iniciais - SIP/ANS	Beneficiários fora do período de carência - consultas odontológicas iniciais - SIP/ANS	Problema de Informação ou Resultado = 0	0
			$0 < \text{Resultado} < 0,125$	$\frac{\text{resultado}}{0,125}$
			Resultado $\geq 0,125$	1
Proporção de próteses odontológicas unitárias em relação aos procedimentos odontológicos (*)	Eventos ocorridos - prótese odontológica unitária - SIP/ANS x 100	Eventos ocorridos - procedimentos odontológicos - SIP/ANS	Problema de informação ou Resultado = 0	0
			$0 < \text{Resultado} < 0,75 \times \text{Mediana}$	$\frac{\text{resultado}}{0,75 \times \text{mediana}}$
			Resultado $\geq 0,75 \times \text{Mediana}$	1
DIMENSÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA				
Índice de despesa assistencial (*)	Eventos indenizáveis líquidos - DIOPS/ANS	Contraprestações efetivas ou prêmio ganho - DIOPS/ANS	Problema de informação ou Resultado < Limite inferior do Boxplot ou Resultado ≥ 1	0
			Limite inferior do Boxplot \leq Resultado < 1º quartil	$\left(\frac{\text{resultado} - \text{limite inferior}}{1^\circ \text{quartil} - \text{limite inferior}} \right)$
			1º Quartil \leq Resultado \leq 3º Quartil	1
			3º Quartil < Resultado < 1	$1 - \left(\frac{\text{resultado} - 3^\circ \text{quartil}}{1 - 3^\circ \text{quartil}} \right)$
PMPE - Prazo médio de pagamento de eventos	Eventos a liquidar - DIOPS/ANS x Nº de dias até o final do trimestre de cálculo	Eventos indenizáveis líquidos - DIOPS/ANS	Resultado ≥ 70 dias	0
			$60 \text{ dias} < \text{Resultado} < 70 \text{ dias}$	$\frac{\text{resultado} - 60}{70 - 60}$
			Resultado ≤ 60 dias	1
Valor comercial - proporção	Frequência de NTRP's da operadora com pelo uma faixa etária com valores comerciais atípicos - NTRP/ANS	Frequência de NTRP's enviadas pela operadora - NTRP/ANS	Resultado = 0	1
			$0 < \text{Resultado} < 1$	1 - Resultado
			Resultado = 1	0
DIMENSÃO ESTRUTURA E OPERAÇÃO				
Dipersão da rede assistencial exclusivamente odontológica	Nº de municípios com indicação de prestador odontológico - SIB/ANS,	Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial odontológica - SIB/ANS,	Resultado = 0%	0
			$0\% < \text{Resultado} < 100\%$	Resultado

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO NO INDICADOR	PONTUAÇÃO
	RPS/ANS e CNES/ANS	RPS/ANS e CNES/ANS	Resultado = 100%	1
Dipersão de procedimentos e serviços básicos de saúde	Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial com disponibilidade de procedimentos de serviços básicos de saúde - SIB/ANS, RPS/ANS e CNES/ANS	Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial - SIB/ANS, RPS/ANS e CNES/ANS	Resultado = 0%	0
			0% < Resultado < 100%	Resultado
			Resultado = 100%	1
Dispersão de serviços de urgência e emergência 24h	Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial com disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24h - SIB/ANS, RPS/ANS e CNES/ANS	Nº de municípios com beneficiários da OPS - SIB/ANS, RPS/ANS e CNES/ANS	Resultado = 0%	0
			0% < Resultado < 100%	Resultado
			Resultado = 100%	1
Dispersão da rede assistencial médico-hospitalar	Nº de municípios com indicação de prestador hospitalar - SIB/ANS, RPS/ANS e CNES/ANS	Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial - SIB/ANS, RPS/ANS e CNES/ANS	Resultado = 0%	0
			0% < Resultado < 100%	Resultado
			Resultado = 100%	1
Índice de solicitações de abertura de processo de DLP para cada 10.000 beneficiários (*)	Nº de solicitações de abertura de processos de alegação de DLP no período - DLP/ANS x 10.000	Média de beneficiários no período - SIB/ANS	Resultado ≥ mediana	0
			0 < Resultado < mediana	$\frac{\text{mediana} - \text{resultado}}{\text{mediana}}$
			Resultado = 0	1
DIMENSÃO RECLAMAÇÃO				
Índice de reclamações (*)	Total de reclamações recebidas na ANS no período analisado - SIF/ANS x	Média de beneficiários no período analisado - SIB/ANS	Problema de informação ou Resultado ≥ mediana	0
			0 < Resultado < mediana	$1 - \frac{\text{resultado}}{\text{mediana}}$

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO NO INDICADOR	PONTUAÇÃO
	10.000		Resultado = 0	1
Índice de NIP (*)	Nº de demandas da operadora na NIP no período de análise - SIF/ANS (exceto não procedentes e em andamento) x 10.000	Média de beneficiários no período de análise - SIB/ANS	Resultado ≥ mediana	0
			0 < Resultado < mediana	$\frac{\text{mediana} - \text{resultado}}{\text{mediana}}$
			Resultado = 0	1
DIMENSÃO INFORMAÇÃO				
Índice de regularidade de envio dos sistemas	(nº envios do SIB/12)+(nº envios SIP/4)+(nº envios do DIOPS/4) x 100	3	Resultado = 0%	0
			0% < Resultado < 100%	Resultado
			Resultado = 100%	1
Proporção de indicadores com problema de informação	Total de indicadores com problema de informação no monitoramento GMOA x 100	Total de indicadores aplicáveis à operadora	Resultado = 1	0
			0 < Resultado < 1	1- Resultado
			Resultado = 0	1

(*) Todos os indicadores que possuem regras de pontuação em função de estatísticas do setor (mediana, quartis, etc...) terão seus parâmetros calculados por grupo e porte, conforme ficha técnica do indicador.

6.7 Cálculo da nota da operadora em cada dimensão

A nota da operadora em cada dimensão consiste na média simples das notas em cada indicador pertencente à respectiva dimensão, respeitando-se o grupo de análise (MH ou OD), conforme exposto anteriormente na tabela 3.

A nota de uma determinada dimensão i é obtida pela seguinte fórmula:

$$\text{Nota_Dimensão}_i = \frac{\text{Nota_indicador}_{i1} + \text{Nota_indicador}_{i2} + \dots + \text{Nota_indicador}_{in}}{n}$$

$$\text{Nota_Dimensão}_i = \frac{\sum_{j=1}^n \text{Nota_indicador}_{ij}}{n}$$

onde:

$Nota_Dimens\tilde{a}o_i$ é a nota da operadora numa determinada dimensão i

$Nota_indicador_{ij}$ é a nota da operadora no indicador j pertencente à dimensão i , onde $j=1,2,\dots,n$

n é o número de indicadores na dimensão i

Excepcionalmente, na dimensão Reclamação a nota da operadora consiste na média ponderada dos indicadores NIP e Índice de Reclamações, na proporção 95% e 5% respectivamente. Tal ponderação fundamenta-se na necessidade de conferir maior relevância à sensibilidade assistencial da NIP, tendo em vista que esse indicador trata especificamente dos casos de negativa de cobertura, enquanto o Índice de Reclamações agrega demandas de naturezas diversas.

A nota da dimensão Reclamação é obtida pela seguinte fórmula:

$$Nota_Dimens\tilde{a}o_{Reclama\tilde{c}\tilde{a}o} = \frac{95 \times Nota_indicador_{NIP} + 5 \times Nota_indicador_{IR}}{100}$$

onde:

$Nota_indicador_{NIP}$: corresponde a Nota do indicador da NIP.

$Nota_indicador_{IR}$: corresponde a nota do indicador do índice de reclamação.

Considerando que as notas de cada indicador variam entre 0 e 1, tem-se que as notas das Dimensões também irão variar entre 0 e 1, onde 0 representa alto risco e 1 representa baixo risco.

Vale ressaltar que para as operadoras em que o Índice de Reclamações não seja aplicável, a nota da Dimensão Reclamação será igual à nota no Índice de NIP. Analogamente, caso o Índice de NIP's não seja aplicável, a nota da Dimensão Reclamação será igual à do Índice de Reclamações.

Já na Dimensão Assistencial será atribuída uma pontuação bônus para as operadoras que tiverem programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças informados junto à ANS, na data do processamento do Monitoramento Assistencial.

Existem três pontuações possíveis, que serão aplicadas de acordo com os critérios abaixo:

Pontuação 1 - Resultado da Dimensão Assistencial *0,10

Para obter esta pontuação a operadora deverá ter:

Formulário de Inscrição (FI) devidamente preenchido até a data de corte estabelecida para o processamento do Monitoramento Assistencial, ou ter o Formulário de Acompanhamento (FA) do programa inscrito preenchido, quando devido.

Pontuação 2 - Resultado da Dimensão Assistencial * 0,25

Para obter esta pontuação, a operadora deverá ter:

Formulário de Cadastramento (FC) aprovado pela ANS, até a data de corte estabelecida para o processamento do Monitoramento Assistencial, ou ter o Formulário de Monitoramento (FM) do programa cadastrado aprovado, quando devido.

Pontuação 3 - Resultado da Dimensão Assistencial * 0,50

Para obter esta pontuação, a operadora deverá ter:

Programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças com concessão de bonificação para estimular a adesão dos beneficiários. Na data de corte estabelecida para o processamento do Monitoramento Assistencial, os programas com oferta de bonificação deverão estar cadastrados na ANS através do Formulário de Cadastramento (FC), com o respectivo Formulário de Monitoramento (FM) aprovado quando devido; ou deverão estar inscritos na ANS através do Formulário de Inscrição (FI), com o respectivo Formulário de Acompanhamento (FA) preenchido, quando devido.

Vale destacar que (1) o resultado final da Dimensão Assistencial acrescido da pontuação bônus não poderá ultrapassar o valor 1 (um); e (2) a pontuação bônus não é cumulativa, isto é, caso a operadora se enquadre em mais de um dos critérios para pontuação bônus descritos acima, será considerado o maior percentual de bonificação.

6.8 Definição dos pesos das dimensões

6.8.1 Análise de decisão multicritérios

A Análise de Decisão Multicritérios tem por objetivo auxiliar o processo de tomada de decisão, reduzindo a subjetividade e tornando o processo mais transparente.

As abordagens multicritérios utilizam técnicas de análise para a tomada de decisão e planejamento, que se baseiam no princípio de que, para a tomada de decisão, a experiência e o conhecimento das pessoas é pelo menos tão valioso quanto a simples utilização dos dados. Essas técnicas permitem avaliar critérios que não podem ser transformados em valores quantitativos.

As técnicas mais conhecidas são AHP¹, MacBeth², Entropia, Prométhé³ e ELECTRE⁴ e suas variantes.

Por ser de fácil implementação, adotaremos uma das etapas utilizadas na técnica AHP para ponderar as dimensões propostas. Essa técnica, baseada em matemática e psicologia, foi desenvolvida por Thomas L. Saaty.

6.8.2 Escala Fundamental de Saaty

A escala de relativa importância entre duas alternativas, proposta por Saaty é a mais amplamente utilizada. Atribuindo valores que variam entre 1 a 9, a escala determina a importância relativa de uma alternativa em relação à outra, par a par, conforme apresentado na tabela 7:

Tabela 7

Grau de importância	Preferências	Conceito
1	Igual importância	As duas atividades contribuem igualmente para o objetivo
3	Pequena importância da primeira sobre a	A experiência e o julgamento favorecem levemente uma

¹ AHP: **A**nalytic **H**ierarchy **P**rocess. Desenvolvido por Thomas L. Saaty

² MACBETH: **M**asuring **A**ttractiveness by a **C**ategorical **B**ased **E**valuation **T**echnique

³ PROMETHEE: **P**reference **R**anking **O**rganization **M**ETHod for **E**nrichment **E**valuation

⁴ ELECTRE: **E**Limination **E**t **C**hoix **T**raduisant la **R**Ealité (ELimination and Choice Expressing REality). Desenvolvido a partir de Roy (1968).

Grau de importância	Preferências	Conceito
	segunda	atividade em relação à outra
5	Importância grande	A experiência e o julgamento favorecem fortemente uma atividade em relação à outra
7	Importância muito grande	Uma atividade é muito fortemente favorecida em relação à outra, sua dominação de importância é demonstrada na prática
9	Importância absoluta	A evidência favorece uma atividade em relação à outra com o mais alto grau de certeza
2, 4, 6 e 8	Valores intermediários	Quando se procura uma condição de compromisso entre duas preferências das apresentadas acima

Neste método, o decisor expressa sua preferência entre duas alternativas comparando-as de acordo com a escala acima. O problema de decisão é dividido em níveis hierárquicos, facilitando, assim, sua compreensão e avaliação.

Desta forma, é medido o grau de importância do elemento de um determinado nível sobre elementos de um nível inferior.

6.8.3 Descrição das etapas do método de seleção das operadoras

1. Definir o objetivo – Selecionar as operadoras com riscos assistenciais;
2. Definir as alternativas – Operadoras do mercado de saúde suplementar, classificadas em Médico-Hospitalar e Exclusivamente Odontológica;
3. Definir os critérios relevantes para o problema de decisão – Grandes grupos (dimensões) e Indicadores dentro de cada dimensão;
4. Avaliar as alternativas em relação aos critérios – Cálculo de indicadores para cada operadora;
5. Avaliar a importância relativa de cada dimensão – Matriz de preferências;
6. Determinar a avaliação global de cada alternativa – Classificação das operadoras por ordem decrescente de risco assistencial.

6.9 Passos para o cálculo dos pesos das dimensões

6.9.1 Hierarquização, em ordem de importância, para a comparação das dimensões

Este é um importante passo para a implementação da comparação par a par das dimensões, para viabilizar a elaboração de uma matriz de comparações binárias, demonstrando o impacto de cada dimensão sobre uma dimensão de referência do nível superior, a partir da qual se dará a construção da matriz de preferência.

Para determinar as dimensões de referência foi necessário estabelecer, previamente, a hierarquia entre as cinco dimensões propostas. Dessa forma, o grupo definiu, em ordem de prioridade, a seguinte hierarquia:

Tabela 8

Reclamação
Informação
Assistencial
Estrutura e Operação
Econômico-financeiro

6.9.2 Construção da matriz de preferência

A matriz de preferência é elaborada a partir da comparação das dimensões par a par, e do estabelecimento de uma relação de prioridade entre elas, com base nos graus de importância descritos na escala de relativa importância entre duas alternativas, proposta por Saaty (Tabela 8).

Dimensão	Reclamações	Informação	Assistencial	Estrutura e Operação	Econômico-Financeiro
Reclamações	1,0000	5,0000	6,0000	3,0000	3,0000
Informação	0,2000	1,0000	1,0000	2,0000	2,0000
Assistencial	0,1667	1,0000	1,0000	2,0000	2,0000
Estrutura e Operação	0,3333	0,5000	0,5000	1,0000	1,0000
Econômico-Financeiro	0,3333	0,5000	0,5000	1,0000	1,0000

Os elementos da matriz de preferência que estão abaixo da diagonal principal correspondem ao inverso dos elementos relativamente opostos acima da diagonal principal, por exemplo:

$$a_{2,1} = 5,0000, \text{ então } a_{1,2} = \frac{1}{5,0000} = 0,2000$$

Os elementos da matriz são:

$a_{i,i} = 1,0000$, onde $i=1,2,3,4$ e 5 corresponde a linha e coluna da matriz de preferência.

$a_{i,j} = \frac{1}{a_{j,i}}$, onde a_{ij} são os elementos da matriz de preferência, correspondentes aos graus de importância contidos na tabela 7, para todo i, j .

6.9.3 Normalização da matriz de preferência

Esta matriz é dimensionada a partir da proporção de cada elemento da matriz de preferência em relação à soma dos elementos da coluna, ou seja:

Dimensão	Reclamações	Informação	Assistencial	Estrutura e Operação	Econômico-Financeiro
Reclamações	0,4918	0,6250	0,6667	0,3333	0,3333
Informação	0,0984	0,1250	0,1111	0,2222	0,2222
Assistencial	0,0820	0,1250	0,1111	0,2222	0,2222
Estrutura e Operação	0,1639	0,0625	0,0556	0,1111	0,1111
Econômico-Financeiro	0,1639	0,0625	0,0556	0,1111	0,1111

$$A_{ij} = \frac{a_{ij}}{\sum_{i=1}^n a_{ij}}, \text{ para cada } j \text{ variando de } 1 \text{ até } n. \quad (\text{Equação 1})$$

6.9.4 Cálculo dos pesos das dimensões

A partir da matriz de preferência normalizada calcula-se os pesos para cada dimensão nos níveis hierárquicos, através da soma dos elementos em cada linha da matriz normalizada, dividido pela soma total de todos os elementos da matriz.

$$W_i = \frac{\sum_{i=1}^n A_i}{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n A_{ij}}, \text{ para cada } j \text{ variando de 1 até } n. \quad (\text{Equação 2})$$

onde:

n é a dimensão da matriz normalizada.

Os pesos calculados em cada dimensão são os constantes na tabela 9:

Tabela 9

Dimensões	Pesos (W_i)
Reclamação	49,00%
Informação	15,58%
Assistencial	15,25%
Estrutura e Operação	10,08%
Econômico-financeiro	10,08%

6.9.5 Avaliação da consistência

Com o intuito de verificar a consistência dos pesos encontrados no método AHP, é calculada a Razão de Consistência (RC).

A razão de consistência (RC) é obtida através da equação 3, onde CA é um índice de consistência aleatória, apresentado na tabela 10, proveniente de uma amostra de 500 matrizes recíprocas positivas, de tamanho até 11 por 11, geradas aleatoriamente. Considera-se aceitável uma razão de consistência menor que 0,10. Para valores de RC maiores que 0,10 sugere-se, não obrigatoriamente, uma revisão na matriz de preferências.

Tabela 10

N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CA	0	0	0,58	0,9	1,12	1,24	1,32	1,41	1,45	1,49

Tabela de índices de consistência aleatória (CA) (SAATY, 1991)

$$RC = \frac{IC}{CA} \quad (\text{Equação 3})$$

onde:

CA: Índice de Consistência Aleatória.

IC: Índice de Consistência, calculado por:

$$IC = \frac{\lambda_{\max} - n}{n - 1} \quad (\text{Equação 4})$$

onde:

λ_{\max} : maior autovalor da matriz de preferência

n : ordem da matriz

Considerando a matriz de pesos, tabela 9, e utilizando as regras de consistência, temos:

$$IC = \frac{\lambda_{\max} - n}{n - 1} = \frac{\left(\sum_{i=1}^n W_i \times \left(\sum_{j=1}^n a_{ij} \right) \right) - n}{n - 1} =$$
$$= \frac{49,00\% \times (1 + 0,2 + 0,1667 + 0,3333 + 0,3333) + 15,58\% \times (5 + 1 + 1 + 0,5 + 0,5) + \dots + 10,08\% \times (3 + 2 + 2 + 1 + 1) - 5}{5 - 1}$$

=10,76%

Como a matriz de preferência é de ordem $n=5$ então, pela tabela 10 de índices de consistência aleatória:

CA = 1,12.

Então:

$$RC = \frac{IC}{CA} = \frac{10,76\%}{1,12} = 9,61\% = 0,0961$$

Como RC é menor que 0,1 as preferências de uma dimensão em relação à outra foram consistentes.

6.10 Cálculo da nota final da operadora

Com os pesos das Dimensões definidos conforme o método descrito no item acima, é calculada a média ponderada das notas da operadora nas cinco

dimensões. Será realizada uma penalização na nota final da operadora, em função do número de demandas encaminhadas previamente à GMOA pelos diversos setores da ANS.

Assim, foi criado o seguinte redutor:

$$\text{Redutor} = \begin{cases} 0; & \text{se nunca houve demandas na GMOA} \\ n^{\circ} \text{ de demandas} \times 0,025; & \text{se já houve uma ou mais} \\ & \text{demandas na GMOA} \end{cases}$$

Portanto a nota final da operadora na Metodologia de Monitoramento Assistencial é dada pela seguinte fórmula:

$$\text{Nota_Final} = \begin{cases} 0; & \text{se } \frac{\sum_{i=1}^5 \text{Nota_Dimensão}_i \cdot \text{Peso_Dimensão}_i}{5} - \text{redutor} \leq 0 \\ \frac{\sum_{i=1}^5 \text{Nota_Dimensão}_i \cdot \text{Peso_Dimensão}_i}{5} - \text{redutor}; & \text{caso contrário} \end{cases}$$

Dependendo do número de demandas da operadora, pode ser que a redução seja maior do que a nota da operadora, com base somente na média ponderada das dimensões. Nesses casos a operadora ficará com nota final igual a zero.

7. DEFINIÇÃO DO STATUS DA OPERADORA

Para sintetizar os indícios de anormalidade assistencial, captados através dos indicadores aqui propostos, a operadora, em função de sua nota final, será classificada em um dos três *status*: VERDE, AMARELO, LARANJA ou VERMELHO, conforme tabela 11:

Tabela 11 – Critérios para a classificação da operadora

STATUS	SIGNIFICADO	CRITÉRIO
Verde	Índice de risco assistencial BAIXO	Nota final > 0,40
Amarelo	Índice de risco assistencial PRÉ-MODERADO	$0,35 < \text{Nota final} \leq 0,40$
Laranja	Índice de risco assistencial MODERADO	$0,2 < \text{Nota final} \leq 0,35$
Vermelho	Índice de risco assistencial ALTO	Nota final $\leq 0,2$

8. RANKING DE OPERADORAS NO STATUS

Para classificar as operadoras entre si foi elaborado para cada *status* (verde, amarelo, laranja ou vermelho) um *ranking* das operadoras com base na nota final em ordem crescente. Assim, as operadoras com as menores notas ocupam as primeiras posições no *ranking*, dado que apresentam maior índice de risco assistencial.

Caso duas ou mais operadoras tenham obtido a mesma nota final, o critério de desempate para definir quem aparecerá primeiro no ranking será dado por:

- Menor nota na dimensão Reclamação; e, persistindo o empate,
- Maior número de beneficiários.

9. CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO

A aplicação da metodologia descrita nos itens anteriores objetiva produzir uma classificação linear e gradual do risco assistencial das operadoras, com o objetivo de sinalizar indícios de anormalidades que possam

impactar na qualidade dos serviços e/ou gerar descontinuidade da atenção à saúde.

Cabe ressaltar que, respeitadas as posições no ranking e o respectivo grau de risco assistencial, deverão ser adotados pelas áreas técnicas responsáveis critérios adicionais para a priorização das operadoras, ou seja, critérios que permitam selecionar, dentre as operadoras elegíveis nos respectivos status, aquelas que serão objeto de medida administrativa. Dessa forma, a priorização das operadoras poderá se dar, por exemplo, pelo porte, por região geográfica, por modalidade operacional, pela nota obtida em um indicador de interesse específico, ou qualquer outro critério que a área técnica considerar relevante.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente nota teve por intuito apresentar o critério metodológico desenvolvido pela GMOA/DIPRO para, com base em indicadores coletados nos diversos sistemas de informação da ANS, captar indícios de anormalidades assistenciais nas operadoras de planos privados de assistência à saúde e subsidiar a decisão de medida administrativa pelo órgão regulador.

A princípio, definiu-se que a periodicidade de aplicação desta metodologia será trimestral, visto que esta é a periodicidade da maior parte dos sistemas que alimentam o processamento.

Conforme descrito, ao longo deste documento, a aplicação da metodologia propicia a classificação das operadoras no status verde, amarelo, laranja ou vermelho, conforme a graduação do risco assistencial. Também é produzido um *ranking* de operadoras em cada status com base na nota final, onde as operadoras que ocupam as primeiras posições apresentam maiores indícios de anormalidades.

É importante destacar que a metodologia aqui apresentada poderá ser ajustada sempre que tal necessidade for constatada, a fim de torná-la mais efetiva e sensível à realidade assistencial das operadoras e do setor de saúde suplementar. Logo, eventuais modificações e/ou aprimoramentos poderão

ocorrer, não só no grupo de indicadores como, também, nos pesos dos indicadores e das dimensões, no redutor da nota final, ou em qualquer outro critério.