

**MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO JUNHO/2012**

1 – DIMENSÃO ASSISTENCIAL

1.1 NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS POR BENEFICIÁRIO

Conceituação

Número de consultas médicas ambulatoriais em relação ao número total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Método de Cálculo

$\frac{\text{Número de consultas médicas ambulatoriais}}{\text{Número total de beneficiários fora do período de carência}}$

Definição de termos utilizados no Indicador

Número de Consultas médicas ambulatoriais: Atendimentos prestados em regime ambulatorial por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do Indicador

Permite estimar a cobertura de consultas médicas ambulatoriais em relação ao total de beneficiários fora do período de carência.

Aponta situações de dificuldade de acesso aos serviços de atenção básica.

Usos

Avaliar a evolução da realização das consultas médicas ambulatoriais, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de atenção básica.

Identificar possíveis variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, no setor suplementar.

Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pela operadora.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002, estimou a necessidade de 3 consultas médicas/pessoa/ano. Para o monitoramento será considerada 0,75 consultas médicas/pessoa/trimestre.

Meta

Apresentar um resultado igual ou superior a 0,75 consultas médicas/beneficiário/trimestre.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado = 0	0
$0 < \text{Resultado} < 0,75$	$\frac{\text{resultado}}{0,75}$
Resultado $\geq 0,75$	1

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A. 1 “Consultas médicas ambulatoriais”; coluna II (Eventos ocorridos)

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A.1 “Consultas médicas ambulatoriais”; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência)

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários, identificar as necessidades de saúde dos indivíduos e adotar estratégias de busca ativa para a captação de beneficiários com vistas a possibilitar o acesso aos serviços da atenção básica de saúde.

Limitações e Vieses

Por apresentar o resultado como um valor médio, o indicador pode ser influenciado pela contagem cumulativa de consultas médicas em um mesmo beneficiário no período considerado.

O indicador pode ser influenciado pela infra-estrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso às consultas médicas selecionadas.

Referências

CADERNO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, [dez] 2010. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101/GM**, de 12 de junho de 2002.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, DF, 2008.

1.2 TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Conceituação

Número médio de internações hospitalares para cada 100 beneficiários da operadora fora do período de carência para internações hospitalares, no período considerado.

Método de Cálculo

Número de internações hospitalares em beneficiários fora do período de carência	x 100

Total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento	

Definição de termos utilizados no Indicador

Internações hospitalares - Internações prestadas em regime hospitalar, ou seja, aquele em que o paciente recebe o atendimento em ambiente hospitalar.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do Indicador

Permite estimar a cobertura de internações hospitalares em relação ao total de beneficiários fora do período de carência para internações hospitalares.

Aponta situações de dificuldade de acesso aos serviços de internação hospitalar, por indisponibilidade de leitos ou pela existência de barreiras e mecanismos de regulação.

A produção elevada de internações hospitalares pode apontar a incapacidade da operadora em evitar parte das internações hospitalares por meio do acesso à atenção básica e/ou pelo desenvolvimento de ações de prevenção de riscos e doenças.

Usos

Identificar possíveis variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, no setor suplementar.

Avaliar a evolução da realização de internações hospitalares, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de alta complexidade.

Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pela operadora.

O indicador é influenciado pela infra-estrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso às internações hospitalares.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002, estimou que de 7% a 9% da população apresentam necessidade de internações hospitalares durante um ano. Para o Monitoramento Assistencial será considerada a mediana do setor por porte no trimestre de análise.

Meta

Apresentar resultado maior ou igual a 70% da mediana do setor por porte e menor ou igual a 115% da mediana do setor por porte.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado $\leq 0,2$ x mediana ou Resultado ≥ 2 x mediana	0
$0,2$ x Mediana < Resultado < $0,7$ x Mediana	$\frac{\text{resultado} - 0,2 \times \text{mediana}}{0,7 \times \text{mediana} - 0,2 \times \text{mediana}}$
$0,7$ x Mediana \leq Resultado $\leq 1,15$ x Mediana	1
$1,15$ x Mediana < Resultado < 2 x Mediana	$1 - \left(\frac{\text{resultado} - 1,15 \times \text{mediana}}{2 \times \text{mediana} - 1,15 \times \text{mediana}} \right)$

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item E "Internações";

Regime de internação "1. Hospitalar"; coluna II (Eventos)

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item E "Internações";

Regime de internação "1. Hospitalar"; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência)

Limitações e Vieses

A utilização do total de internações hospitalares para o cálculo deste indicador poderá levar à superestimação do resultado, tendo em vista a possibilidade de contagem cumulativa de internações hospitalares de um mesmo beneficiário.

O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada por uma determinada operadora.

Referências

CADERNO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, [dez] 2010. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101/GM**, de 12 de junho de 2002.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. **2. ed. Brasília, DF, 2008.**

1.3 PROPORÇÃO DE CONSULTA MÉDICA EM PRONTO SOCORRO

Conceituação

Percentual do número de consultas médicas em pronto socorro em relação ao número total de consultas médicas ocorridas em um período.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de Consultas Médicas em Pronto Socorro}}{\text{Número de Consultas Médicas}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no Indicador

Consultas médicas em pronto socorro – Atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina em pronto socorro.

Consultas médicas - Atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico, em regime ambulatorial e em pronto socorro, de caráter eletivo, urgência ou emergência, em beneficiários fora do período de carência.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do Indicador

Possibilidade de indicar situações de dificuldade de acesso à assistência à saúde, pela demora na marcação de consultas ambulatoriais ou na realização de exames

laboratoriais e radiológicos ou, ainda, pela indisponibilidade de prestadores de serviços de saúde.

A produção elevada de consultas em pronto socorro pode apontar a incapacidade da operadora em evitá-las por meio de ações de prevenção de riscos e doenças e maior oferta dos serviços de atenção básica.

Usos

Avaliar a evolução da realização de consultas em pronto socorro, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de atenção básica.

Identificar possíveis variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde, no setor de saúde suplementar.

Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pela operadora.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002, estimou que cerca de 15% do total de consultas médicas decorrem de situações de urgência e emergência.

Meta

A meta é atingir um resultado maior ou igual a 5% e menor ou igual a 20% de Consultas Médicas em Pronto Socorro com relação ao total de Consultas Médicas, no período considerado. O parâmetro inferior de 5% foi estabelecido, considerando as situações de urgência e emergência não evitáveis por ações de iniciativa da operadora.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de informação ou Resultado = 0 ou resultado > 20	0
$0 < \text{Resultado} < 5$	$\frac{\text{resultado}}{5}$
$5 \leq \text{Resultado} \leq 20$	1

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A.2 "Consultas médicas em pronto socorro"; coluna II (Eventos)

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A "Consultas médicas"; coluna II (Eventos)

Limitações e Vieses

O indicador pode ser influenciado pela possibilidade de contagem cumulativa de consultas em pronto socorro de um mesmo beneficiário.

O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada por uma determinada operadora.

O indicador pode ser influenciado pela infra-estrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso às consultas em atenção básica.

Referências

CADERNO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, [dez] 2010. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101/GM**, de 12 de junho de 2002. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, DF, 2008.

1.4 ÍNDICE DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Conceituação

Percentual de exames de Ressonância Magnética em relação ao número de Consultas Médicas, no período considerado.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de Exames de Ressonância Magnética}}{\text{Número de Consultas Médicas}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no Indicador

- **Numerador:** total de eventos de Ressonância Magnética identificados no Sistema de Informação dos Produtos – SIP, no período.
- **Denominador:** total de eventos de Consultas Médicas identificados no Sistema de Informação dos Produtos – SIP, no mesmo período.

Interpretação do Indicador

É um indicador de cobertura que estima o número de sessões de Ressonância Magnética em relação às sessões de Ressonância Magnética esperadas.

Possibilidade de indicar situações de dificuldade de acesso, uma vez que se trata de um procedimento de alta complexidade, necessário para o diagnóstico e acompanhamento de várias patologias.

Usos

Acompanha a coerência da produção assistencial das operadoras quanto à indicação do exame Ressonância Magnética para diagnóstico e acompanhamento, verificando

possíveis situações de restrição do acesso e redução de assistência à saúde dos beneficiários.

Analisa o acesso e cobertura do exame Ressonância Magnética, na atenção suplementar à saúde, identificando variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde.

Subsidia o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pela operadora.

O indicador é influenciado pelas características da infra-estrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso ao exame Ressonância Magnética.

Parâmetros e Dados Estatísticos

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1101/2002, estabelece que a necessidade do exame Ressonância Magnética deve corresponder a, pelo menos, 0,04% das Consultas Médicas.

No Monitoramento Assistencial será adotado como esperado um resultado entre a mediana do setor por porte e o limite superior do boxplot do setor por porte.

Meta

Apresentar resultado maior ou igual à mediana do setor por porte e menor que o limite superior do boxplot do setor por porte no período de análise.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado < 0,04 ou Resultado ≥ limite superior do boxplot	0
$0,04 \leq \text{Resultado} < \text{mediana}$	$\frac{\text{resultado} - 0,04}{\text{mediana} - 0,04}$
$\text{mediana} \leq \text{Resultado} < \text{limite superior do boxplot}$	1

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item C. "Exames"; sub item 1. "Ressonância Magnética"; coluna II (Eventos ocorridos).

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A. "Consultas Médicas"; coluna II (Eventos ocorridos).

Limitações e Vieses

Deve-se considerar a possibilidade de contagem cumulativa de exames em um mesmo beneficiário.

O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada por uma determinada operadora.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1101/GM em 12 de junho de 2002.

BRASIL. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

1.5 PRODUÇÃO DE HEMODIÁLISE CRÔNICA

Conceituação

Razão entre sessões de hemodiálise crônica efetivamente realizadas (observadas) e sessões de hemodiálise crônica estimadas como necessárias (esperadas) no período considerado.

Método de Cálculo

Número de Sessões de hemodiálise crônica observadas
Número de Sessões de hemodiálise crônica esperadas

Definição de termos utilizados no Indicador

- **Numerador:** total dos eventos Sessões de Hemodiálise Crônica identificados no Sistema de Informações dos Produtos - SIP, em um período.
- **Denominador:** total de sessões de hemodiálise crônica esperadas conforme parâmetro do Ministério da Saúde de que as sessões de hemodiálise crônica devem representar 1,881% das consultas médicas, ou seja: Consultas Médicas realizadas, identificadas no SIP, no mesmo período, multiplicado por 0,01881.

Interpretação do Indicador

É um indicador de cobertura que estima o número Sessões de hemodiálise crônica em relação às Consultas Médicas, no período considerado.

Possibilidade de indicar situações de dificuldade de acesso aos serviços de terapia, pela demora na marcação das sessões de hemodiálise crônica ou, ainda, pela indisponibilidade de prestadores de serviços de saúde.

Usos

Avaliar a evolução da realização das sessões de Hemodiálise Crônica, com vistas a verificar possíveis situações de restrição de acesso aos serviços de tratamento de Hemodiálise Crônica.

Identificar possíveis variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, no setor suplementar.

Subsidia o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pela operadora.

O indicador é influenciado pelas características da infra-estrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso à Hemodiálise Crônica.

Parâmetros e Dados Estatísticos

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1101/2002, estabelece que a necessidade de Sessões de Diálise representam 0,65% a 2,09% das Consultas Médicas, no ano.

Essa portaria estima que 90% das diálises correspondem à hemodiálise crônica.

Dessa forma, o parâmetro de sessões de hemodiálise crônica em relação às Consultas Médicas fica entre 0,585% e 1,881%. Para fins do Monitoramento Assistencial foi adotado o parâmetro máximo, ou seja, 1,881%.

Meta

Apresentar um resultado do indicador igual ou superior a 1, o que indica alcance da quantidade esperada de hemodialis crônicas em relação ao total de consultas médicas.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado = 0	0
0 < Resultado < 1	Resultado
Resultado ≥ 1	1

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item D (Terapias); subitem 5, Sessões de Hemodiálise Crônica; coluna II (Eventos ocorridos).

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A (Consultas Médicas); coluna II (Eventos ocorridos) *0,01881.

Limitações e Vieses

Deve-se considerar a possibilidade de contagem cumulativa de sessões de hemodiálise crônica em um mesmo beneficiário.

O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada por uma determinada operadora.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1101/GM em 12 de junho de 2002.

BRASIL. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

1.6 ÍNDICE DE SESSÕES DE QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA POR CONSULTA MÉDICA

Conceituação

Percentual de sessões de quimioterapia sistêmica para o tratamento de câncer em relação ao número de consultas médicas, no período considerado.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de sessões de quimioterapia sistêmica}}{\text{Número de consultas médicas}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no Indicador

- **Numerador:** número de sessões de quimioterapia sistêmica identificados no Sistema de Informações dos Produtos - SIP, no período de análise.
- **Denominador:** Número de consultas médicas identificadas no SIP no período de análise.

Interpretação do Indicador

É um indicador de cobertura que estima o número Sessões de quimioterapia para o tratamento de Câncer em relação às Consultas Médicas.

Possibilidade de indicar situações de dificuldade de acesso aos serviços de terapia, pela demora na marcação das sessões de quimioterapia ou, ainda, pela indisponibilidade de prestadores de serviços de saúde.

Usos

Avaliar a evolução da realização de sessões de quimioterapia, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de tratamento de neoplasias. Identificar possíveis variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, no setor suplementar. Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pela operadora.

Parâmetros e Dados Estatísticos

De acordo com o INCA – Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde, estima-se que o Câncer acomete de 0,13% a 0,24% da população, anualmente.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1101/2002, estabelece que a necessidade de Sessões de quimioterapia para o tratamento de Câncer varia entre 0,07% e 0,27% do total das Consultas Médicas.

Essa portaria também estima que 70% das pessoas que desenvolvem Câncer deverão ser submetidas à Quimioterapia.

Meta

A meta é atingir um resultado igual ou superior a 0,07% de sessões de Quimioterapia sistêmica em relação ao total de Consultas Médicas, no período considerado.

Pontuação

Resultado do indicador	Nota da operadora(de 0 a 1)
Problema de informação ou Resultado = 0	0
$0 < \text{Resultado} < 0,07$	$\frac{\text{Resultado}}{0,07}$
Resultado $\geq 0,07$	1

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item D (Terapias); 2 "Quimioterapia Sistêmica"; coluna II (Eventos)

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A "Consultas médicas"; coluna II (Eventos)

Limitações e Vieses

O indicador pode ser influenciado pela possibilidade de contagem cumulativa de sessões de quimioterapia de um mesmo beneficiário.

O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada por uma determinada operadora.

O indicador pode ser influenciado pela infra-estrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso às sessões de quimioterapia.

Referências

CADERNO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, [dez] 2010. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101/GM**, de 12 de junho de 2002.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, DF, 2008.

1.7 NÚMERO DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS INICIAIS POR BENEFICIÁRIO

Conceituação

Número médio de consultas odontológicas iniciais por beneficiário da operadora fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Método de cálculo

Número total de consultas odontológicas iniciais em beneficiários fora do período de carência
Total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento

Definição de termos utilizados no indicador

Consultas odontológicas iniciais - Consultas odontológicas destinadas à elaboração do plano de tratamento, incluindo exame clínico, anamnese, preenchimento de ficha clínica odontolegal, diagnóstico das doenças/anomalias bucais do paciente e prognóstico.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do indicador

Estima o acesso da população exposta à assistência odontológica individual, visando à execução de um plano preventivo-terapêutico estabelecido a partir de uma avaliação/exame clínico.

A atenção odontológica em nível individual é uma importante estratégia para a qualificação do acesso à assistência na medida em que possibilita a avaliação por um profissional de saúde. Sua realização visa a prevenção das doenças bucais, avaliação dos fatores de risco individuais, realização de diagnóstico precoce com redução das seqüelas e limitação dos danos, contribuindo para a redução dos custos com tratamento odontológico, melhora nas condições de saúde bucal e aumento da qualidade de vida dos indivíduos.

Usos

Analisar o acesso e cobertura à assistência odontológica para beneficiários fora do período de carência identificando variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso e cobertura aos serviços odontológicos.

Analisar a orientação dos modelos assistenciais praticados na assistência odontológica suplementar.

Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços odontológicos prestados pela operadora.

Possibilitar o redimensionamento da rede de prestadores, para que os beneficiários obtenham acesso adequado às consultas odontológicas.

Divulgar os indicadores e metas estabelecidas para as operadoras junto aos prestadores de serviço.

Sensibilizar e pactuar com os prestadores sobre a importância da prevenção e qualificação da assistência.

O indicador é influenciado pelas características da infra-estrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso às consultas odontológicas.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Em 2003, o Ministério da Saúde concluiu a realização de um levantamento epidemiológico, denominado *Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (MS, 2004)*, para avaliar os principais agravos bucais em diferentes grupos etários da população brasileira, tendo em vista que a ocorrência das doenças bucais ao longo da vida apresenta forte correlação com a idade do indivíduo. Dessa forma, o número de indivíduos em cada faixa etária, ou idade-índice, foi preconizado de acordo com a prevalência e severidade das doenças bucais, não havendo correlação com a representatividade desses grupos etários na população brasileira.

Como o SB Brasil 2003 constitui um marco na epidemiologia em saúde bucal, representando a mais ampla pesquisa já empreendida no país, seus resultados do estudo foram referência para a construção dos parâmetros dos indicadores relacionados ao segmento odontológico do Programa de Qualificação das Operadoras.

O parâmetro utilizado para o indicador Consultas Odontológicas Iniciais baseou-se na necessidade de tratamento, em nível individual, das principais doenças bucais. A distribuição da necessidade de tratamento para a cárie dentária, segundo os grupos etários de 18 a 36 meses, 5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos, 65 a 74 anos e macrorregião do país, foi medida pelas variáveis TRATA_1 necessidade de restauração de 1 face, TRATA_2 necessidade de restauração de 2 ou mais faces, TRATA_3 necessidade de coroa, TRATA_4 necessidade de faceta estética, TRATA_5

necessidade de tratamento pulpar e restauração, TRATA_6 necessidade de extração e TRATA_8 necessidade de selante.

A distribuição da necessidade de tratamento periodontal, dos indivíduos com ceo-d/ COP-D=0, foi medida pelas variáveis MAXCPI_2 presença de cálculo, MAXCPI_3 presença de bolsa 4-5 mm, MAXCPI_4 presença de bolsa 6 mm e mais.

A Necessidade de tratamento para a cárie dentária e a necessidade de tratamento periodontal, segundo faixa etária, estão demonstradas no quadro abaixo:

Quadro 1 - Número de indivíduos com necessidade de tratamento para cárie dentária e para doença periodontal, por faixa etária

Faixa Etária	Número de indivíduos	Número de indivíduos com necessidade de tratamento para cárie dentária	Número de indivíduos com ceo-d / CPO-D=0 e necessidade de tratamento periodontal	Número de indivíduos com necessidade de tratamento odontológico individual/100 indivíduos
18 a 36 meses	12.117	3.344	-	27,60
5 anos	26.641	14.931	-	56,05
12 anos	34.550	19.738	3.680	67,78
15 a 19 anos	16.833	11.139	1.864	77,25
35 a 44 anos	13.431	8.450	3.210	86,81
65 a 74 anos	5.349	1.670	393	38,57
Total	108.921	59.272	9.147	62,82

Fonte: Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – Resultados Principais.

Meta

Apresentar resultado igual ou superior a 0,125 consulta odontológica inicial/beneficiário/trimestre.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado = 0	0
$0 < \text{Resultado} < 0,125$	$\frac{\text{resultado}}{0,125}$
Resultado $\geq 0,125$	1

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.1 "Consultas odontológicas iniciais"; coluna II (Eventos)

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.1 "Consultas odontológicas iniciais", coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência)

Limitações e vieses

A utilização do total de consultas odontológicas iniciais para o cálculo deste indicador poderá levar à superestimação do resultado, tendo em vista a possibilidade de contagem cumulativa de consultas de um mesmo beneficiário.

Poderá ser influenciado pela infra-estrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso às consultas odontológicas iniciais.

O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada por uma determinada operadora.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 493/GM, de 13 de março de 2006.** Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2006/portaria_493.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003.** Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/vigilancia.php>>. Acesso em: 7 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008.** Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 91/GM, de 10 de janeiro de 2007.** Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** 2. ed. Brasília, DF, 2008.

1.8 PROPORÇÃO DE PRÓTESES ODONTOLÓGICAS UNITÁRIAS

Conceituação

Percentual de próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida) em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados em beneficiários fora do período de carência, no período considerado.

Método de Cálculo

$\frac{\text{Total de próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida)}}{\text{Total de procedimentos odontológicos}} \times 100$
--

Definição de termos utilizados no Indicador

Próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida)

– número de coroas totais e restaurações metálicas fundidas utilizadas para a reabilitação da forma e função de dentes decíduos ou permanentes.

Procedimentos odontológicos – total de procedimentos com fins de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde bucal, sejam de caráter eletivo, urgência ou emergência.

Interpretação do Indicador

Estima o percentual de próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida) em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados no período.

Aponta situações de dificuldade de acesso à assistência odontológica de maior complexidade.

Usos

Analisar o acesso e a cobertura de próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida) na atenção suplementar à saúde, identificando variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços de maior complexidade.

Analisar a orientação dos modelos assistenciais praticados na assistência odontológica suplementar.

Parâmetros e Dados Estatísticos

Para verificar a proporção de Próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida) realizadas na dentição decídua e permanente, em relação ao total de procedimentos odontológicos será utilizada como parâmetro a mediana setor por porte.

Meta

Atingir um resultado maior ou igual a 75% da mediana do setor por porte.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
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

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.11 “Próteses Odontológicas Unitárias (Coroa Total e Restauração Metálica Fundida)”; coluna II (Eventos)

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I “Procedimentos Odontológicos”; coluna II (Eventos)

Limitações e vieses

Por se tratar de uma proporção, o indicador poderá ser influenciado pela oferta dos demais procedimentos odontológicos.

Poderá ser influenciado pela infra-estrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso aos serviços odontológicos de maior complexidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/vigilancia.php>>. Acesso em: 7 jan. 2008.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, DF, 2008.

1.9 PONTUAÇÃO BÔNUS PARA OPERADORAS COM PROGRAMAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS

Conceituação

Pontuação bônus atribuída ao resultado da Dimensão Assistencial, para as operadoras que tiverem programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados junto à ANS, na data de corte estabelecida para o processamento do Monitoramento Assistencial.

Método de Cálculo

Existem duas pontuações bônus possíveis, que serão atribuídas de acordo com o oferecimento ou não de bonificação para a adesão dos beneficiários aos programas aprovados pela ANS.

Observação 1: O resultado final da Dimensão Assistencial acrescido da pontuação bônus não poderá ultrapassar o valor 1 (um).

Observação 2: A pontuação bônus não é cumulativa, isto é, caso a operadora se enquadre em mais de um dos critérios para pontuação, será considerado o maior percentual de bonificação.

Critérios para a pontuação bônus

Pontuação 1 - 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 até a data de corte, quando devido.

Pontuação 2 - 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 aprovados e 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 aprovados na ANS através do Formulário de Cadastramento (FC), ou com o respectivo Formulário de Monitoramento (FM) aprovado quando devido.

Interpretação da Pontuação Bônus

Bonifica a operadora que desenvolve programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças e os encaminha para análise e aprovação da ANS, e também utiliza a oferta de bonificação como estratégia para incentivar a adesão dos beneficiários elevando, assim, a pontuação da Dimensão Assistencial do Monitoramento.

Usos

Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde a encaminharem seus programas à ANS e também ofertarem bonificação como incentivo à adesão dos beneficiários, contribuindo para a melhoria dos níveis de saúde da população beneficiária.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Instrução Normativa 02 de 2008 de 07 de julho de 2010, e suas alterações.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa 264 de 19 de agosto de 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa 265 de 19 de agosto de 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa 290 de 28 de fevereiro de 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Instrução Normativa 34 de 19 de agosto de 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Instrução Normativa 35 de 19 de agosto de 2011.

2 – DIMENSÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

2.1 ÍNDICE DE DESPESA ASSISTENCIAL

Conceituação

Representa o quanto a operadora incorreu em despesas assistenciais expressas na forma de eventos indenizáveis em relação ao faturamento da operadora.

Método de Cálculo

$\frac{\text{Eventos Indenizáveis Líquidos ou Sinistros Retidos}}{\text{Contraprestações Efetivas ou Prêmios Ganhos de Planos de Assistência à Saúde} \\ - \text{Tributos Diretos de operações com Planos de Assistência à Saúde}}$

Definição dos termos utilizados no indicador

- **Numerador:** total de despesa assistencial efetivamente incorrida informada no DIOPS/ANS no período de análise;
- **Denominador:** total de receita auferida efetivamente ganha em função da contratação dos serviços de assistência à saúde por parte dos beneficiários informada no DIOPS/ANS no período de análise descontados os Tributos Diretos de operações com Planos de Assistência à Saúde.

Observação: As Autogestões por RH são dispensadas do envio dos quadros econômico-financeiros do DIOPS, não sendo possível calcular este indicador nestes casos. As operadoras classificadas nas modalidades de cooperativa odontológica ou odontologia de grupo, com até 20.000 (vinte mil) beneficiários, número a ser apurado na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior, são dispensadas da obrigação de envio do DIOPS/ANS, versão XML, relativamente ao 1º (primeiro), 2º (segundo) e 3º (terceiro) trimestres, salvo se estiverem cumprindo plano de

recuperação ou se estiverem sob regime de direção fiscal, não sendo possível calcular este indicador nestes casos.

Interpretação do Indicador

O Indicador mede o comprometimento das receitas relativas à operação de planos de saúde da operadora face às suas despesas assistenciais. Em termos financeiros, quanto menor for este indicador, melhor é a situação financeira da operadora. No entanto, do ponto de vista assistencial, esse indicador deve refletir o comportamento do mercado.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Os parâmetros são dados pelo 1º e 3º quartis do setor por grupo e porte.

Meta

Atingir resultado maior ou igual ao 1º quartil e menor ou igual ao 3º quartil do setor por grupo e porte.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de informação ou Resultado < Limite inferior do Boxplot ou Resultado ≥ 1	0
Limite inferior do Boxplot ≤ Resultado < 1º quartil	$\left(\frac{\text{resultado} - \text{limite inferior}}{1^\circ \text{ quartil} - \text{limite inferior}} \right)$
1º Quartil ≤ Resultado ≤ 3º Quartil	1
3º Quartil < Resultado < 1	$1 - \left(\frac{\text{resultado} - 3^\circ \text{ quartil}}{1 - 3^\circ \text{ quartil}} \right)$

Fontes

MS/ANS – Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde (DIOPS)

Limitações e vieses

A maior limitação desse indicador é não capturar a motivação do seu resultado, que pode ser decorrente da eficiência na gestão da saúde, mas também pode refletir uma política de glosas indiscriminadas, acesso dificultado aos serviços de assistência ou até mesmo uma precificação superestimada dos seus produtos.

O alto Índice de Despesa Assistencial pode indicar má precificação dos planos de saúde da operadora ou a ocorrência inesperada de um grande número de eventos, como nos casos de epidemia. Por outro lado, o baixo Índice de Despesa Assistencial pode indicar a criação de barreiras à utilização de procedimentos ou ainda a má remuneração de seus prestadores de serviço.

Referências

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

2.2 PMPE - PRAZO MÉDIO DE PAGAMENTO DE EVENTOS

Conceituação

Indica o tempo médio que a operadora leva para pagar os eventos assistenciais. Calculada pela razão entre os Eventos a Liquidar e os Eventos Indenizáveis Líquidos no período, multiplicada pelo número de dias do período.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Provisão de Eventos / Sinistros a Liquidar}}{\text{Eventos Indenizáveis Líquidos ou Sinistros Retidos}} \times T$$

Definição dos termos utilizados no indicador

- **Numerador** – Eventos conhecidos de assistência à saúde não liquidados e por isso, registrados no Passivo das Operadoras.
- **Denominador** – Eventos conhecidos ou indenizações avisadas de assistência à saúde, descontados os eventos recuperados, glosas, co-participação do beneficiário e ressarcimentos, e acrescidos da variação da provisão dos eventos ocorridos e não avisados.
- **T** – corresponde ao número de dias, considerando o ano civil, dos meses dos trimestres considerados no cálculo, conforme tabela a seguir:

Número de Trimestres	Número de Dias
1	90
2	180
3	270
4	360

Observação: As Autogestões por RH são dispensadas do envio dos quadros econômico-financeiros do DIOPS, não sendo possível calcular este indicador nestes casos. As operadoras classificadas nas modalidades de cooperativa odontológica ou odontologia de grupo, com até 20.000 (vinte mil) beneficiários, número a ser apurado na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior, são dispensadas da obrigação de envio do DIOPS/ANS, versão XML, relativamente ao 1º (primeiro), 2º (segundo) e 3º (terceiro) trimestres, salvo se estiverem cumprindo plano de recuperação ou se estiverem sob regime de direção fiscal, não sendo possível calcular este indicador nestes casos.

Interpretação do Indicador

Quanto menor o prazo médio de pagamento, menor o tempo de pagamento aos prestadores de serviços. Contudo, o PMPE deve ser maior que o prazo médio de recebimento das contraprestações, para garantia de um fluxo financeiro positivo.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O parâmetro é dado pelo prazo de 60 dias.

Meta

Atingir resultado menor ou igual a 60 dias.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Resultado \geq 70 dias	0
60 dias < Resultado < 70 dias	$\frac{\text{resultado} - 60}{70 - 60}$
Resultado \leq 60 dias	1

Fontes

MS/ANS – Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde (DIOPS)

Limitações e vieses

A princípio, quanto menor o valor do indicador, melhor o resultado, uma vez que atrasos no pagamento a prestadores podem comprometer a qualidade do atendimento assistencial.

Contudo, o indicador também é uma componente do ciclo financeiro (diferença entre os prazos de pagamento e recebimento). Assim, **prazos médios de pagamento adequados são aqueles que não impliquem em atrasos a prestadores e sejam superiores aos prazos médios de recebimento**, para que os fluxos de pagamento realizem-se em tempo superior aos de recebimento.

Assim, na avaliação do ciclo financeiro, o indicador deve ser avaliado conjuntamente com o indicador de Prazo Médio de Contraprestações a Receber – PMCR.

Referências

Programa de Qualificação, Plano de Contas Padrão, IN DIOPE nº 9, Anuário 2007.

2.3 VALOR COMERCIAL – PROPORÇÃO DE NTRP's COM VALOR COMERCIAL DA MENSALIDADE ATÍPICO

Conceituação

Razão entre a quantidade de Notas Técnicas de Registro de Produtos (NTRP) com ao menos uma faixa etária com valores comerciais abaixo do limite inferior estatístico e o total de NTRP's enviadas pela operadora, no período de análise.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Freqüência de NTRP's da operadora com pelo menos uma faixa etária com valores comerciais abaixo do limite inferior estatístico}}{\text{Freqüência de NTRP's enviadas pela operadora}} \times 100$$

Definição dos termos utilizados no indicador

- **Numerador:** quantidade de notas técnicas de registro de produtos (NTRP's), no período da análise, com ao menos um VCM (Valor Comercial da Mensalidade), em qualquer faixa etária, abaixo do limite inferior do intervalo estatístico, definido pela fórmula $L_{inf} = média - (1,6454 \times desvio-padrão)$, onde o valor de 1,6454 corresponde ao valor de z, para o intervalo de confiança de 90%.

- **Denominador:** total de notas técnicas de registro de produto (NTRP's) enviadas pela operadora no período de análise.

Interpretação do Indicador

A NTRP demonstra os custos com a prestação dos serviços de assistência em cada faixa etária e os seus valores comerciais a serem praticados. O cálculo adequado desse valor determina a sustentabilidade econômico-financeira de longo prazo do mercado de planos de saúde. O resultado do cálculo deste indicador pode apontar para

a prática de *dumping* pela operadora na comercialização de produtos. Entende-se, por esta prática, a aplicação de preços abaixo de seu valor definido atuarialmente. Não existe limite máximo para a definição do Valor Comercial da Mensalidade.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

A análise do VCM é feita por faixa etária, modalidade e tipo de contratação (individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão).

Para o tratamento dos dados, foram utilizados os VCM's entre os limites inferiores e superiores do boxplot, com intervalo interquartílico 1,5, com limite inferior maior que o valor de R\$ 10,00, por considerarmos valores menores que estes inconsistentes, porém estes valores incorporarão a base a ser utilizada no cálculo do limite inferior estatístico.

Meta

A meta é atingir resultado igual a zero no indicador, ou seja, nenhuma NTRP com ao menos um valor comercial da mensalidade, por faixa etária, abaixo do limite inferior estatístico.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Resultado = 0	1
$0 < \text{Resultado} < 1$	$1 - \text{Resultado}$
Resultado = 1	0

Fonte

ANS – Nota Técnica de Registro de Produtos (NTRP)

Limitações e vieses

As operadoras exclusivamente odontológicas não são obrigadas a enviar as Notas Técnicas de Registro de Produtos para a ANS.

Acrescente-se a este grupo as operadoras com planos coletivos com vínculo empregatício financiados total ou parcialmente pela pessoa jurídica empregadora. Esta última condição não tem como ser verificada nos sistemas da ANS.

Referências

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

3 – DIMENSÃO ESTRUTURA E OPERAÇÃO

3.1 DISPERSÃO DE PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

Conceituação

Percentual de municípios listados na área geográfica de abrangência e atuação dos planos que apresentam disponibilidade de procedimentos e serviços básicos de saúde na rede assistencial da operadora ao final do ano em análise.

Método de Cálculo

$\frac{\text{Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial com disponibilidade de procedimentos e serviços básicos de saúde}}{\text{Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial}} \times 100$

Definição de termos utilizados no Indicador

Área Geográfica de Abrangência dos planos: área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelos beneficiários.

Área de Atuação dos planos: especificação dos municípios ou UF, de acordo com a abrangência adotada acima.

Procedimentos e serviços básicos de saúde: São serviços ou procedimentos considerados de menor complexidade (Anatomopatologia, Eletrocardiograma, Patologia clínica, Radiodiagnóstico, Ultrassonografia e Fisioterapia)

Municípios com disponibilidade de procedimentos e serviços básicos de saúde: Quantidade de municípios com indicação de prestadores na rede assistencial da operadora com disponibilidade dos 6 procedimentos ou serviços básicos de saúde.

Para os planos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional, serão contabilizados os municípios contidos em cada UF.

Municípios com previsão de cobertura assistencial: quantidade de municípios indicados na área de atuação dos planos Registrados, Adequados e Em Adequação no sistema RPS/ARPS. Para os planos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional, serão contabilizados os municípios contidos em cada UF.

Situações excetuadas:

Serão contabilizados neste indicador apenas os municípios que contemplem no mínimo 90% dos beneficiários da operadora em planos não exclusivamente odontológicos.

No caso de beneficiários vinculados a planos anteriores a lei 9.656/98, como não existe informação da área de atuação no cadastro destes planos no SCPA, será entendida como área de previsão de cobertura assistencial os municípios de residência dos beneficiários.

Serão desconsiderados os beneficiários vinculados a planos registrados no RPS que indicarem, nos Dados Gerais deste registro, que o plano opera exclusivamente com livre escolha.

A disponibilidade dos procedimentos e serviços básicos de saúde será verificada a partir da informação do CNES referente aos prestadores informados pelas Operadoras no RPS. Quando este cadastro não estiver informado, mas existir no CNES, será considerado o CNPJ informado neste sistema para identificar e contabilizar a disponibilidade destes serviços.

Interpretação do Indicador

Verifica a disponibilidade de procedimentos e serviços básicos de saúde encontrada na área prevista para cobertura assistencial, definida nos planos das operadoras.

Usos

Acompanhar a oferta dos prestadores nas áreas de atuação dos planos que favoreça a dispersão dos procedimentos e serviços básicos de saúde.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O parâmetro é ter disponibilidade de serviços básicos em 100% dos municípios que concentram os beneficiários da operadora e fazem parte da área de atuação desta. As operadoras exclusivamente odontológicas não terão avaliação neste indicador.

Meta

Apresentar 100% dos municípios que concentram os beneficiários da operadora e integram a área de atuação dos seus planos com disponibilidade dos procedimentos e serviços básicos de saúde.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Resultado = 0%	0
0% < Resultado < 100%	Resultado
Resultado = 100%	1

Fonte

MS/ANS – Sistema de Registro de Produtos (RPS)

MS/DATASUS/CNES

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

Limitações e Vieses

1. O indicador não avalia a indisponibilidade local dos prestadores;
2. O indicador não avalia a dispersão geográfica, quanto à disponibilidade de prestadores em municípios limítrofes;

3. Problemas referentes a qualidade de preenchimento e cobertura do CNES

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Qualificação da Saúde Suplementar: **uma nova perspectiva no processo de regulação. Rio de Janeiro: ANS, 2004.**

RN nº. 100, de 3 de junho de 2005.

Consulta pública ANS nº 26/2006. Minuta e anexos de RN disponibilizados para consulta pública no período de 28/12/2006 a 24/02/2007.

3.2 DISPERSÃO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24 HORAS

Conceituação

Percentual dos municípios que possuem beneficiários da operadora e que apresentam rede assistencial com disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24 horas ao final do ano em análise.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{nº de municípios com beneficiários da operadora que disponibilizam serviços de Urgência e Emergência 24 horas}}{\text{nº de municípios com beneficiários da operadora}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no Indicador

Municípios que disponibilizam serviços de Urgência e Emergência 24 horas:

quantidade de municípios com beneficiários e que apresentam rede assistencial não exclusiva do SUS que disponibiliza serviços de Urgência e Emergência 24 horas em prestador Hospitalar ou Não-Hospitalar.

Municípios com beneficiários da operadora:

Quantidade de municípios de residência dos beneficiários de cada operadora, identificados no cadastro do SIB, independentemente da área de atuação (cobertura assistencial) prevista nos planos.

Situações excetuadas: Serão contabilizados neste indicador apenas os municípios com mais de 300 beneficiários vinculados a planos não exclusivamente odontológicos. Serão desconsiderados os beneficiários vinculados a planos registrados no RPS que indicarem, nos Dados Gerais deste registro, que o plano opera exclusivamente com livre escolha.

Apenas os municípios que apresentam rede assistencial com oferta de serviços de Urgência e Emergência 24 horas em prestadores hospitalares ou Não-Hospitalares, identificados a partir do cadastro dos prestadores no RPS e com confirmação da disponibilidade destes serviços no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES/DATASUS/MS, serão contabilizados no numerador. Além disso, a disponibilidade destes serviços será verificada a partir da informação do CNES referente aos prestadores informados pelas Operadoras no RPS. Quando este cadastro não estiver informado, mas o prestador existir no CNES, serão considerados os CNPJ informados neste sistema para identificar e contabilizar a disponibilidade dos mesmos.

Interpretação do Indicador

Verifica se a dispersão quantitativa dos serviços de Urgência e Emergência 24 horas em prestadores hospitalares ou Não-Hospitalares da operadora está coerente em relação à localização dos seus beneficiários por município de residência.

Usos

Acompanhar a configuração da rede assistencial da operadora em conformidade ao seu crescimento, observando a melhor possibilidade de acesso local dos beneficiários aos serviços de Urgência e Emergência 24 horas.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O parâmetro é que todos os municípios com mais de 300 beneficiários da operadora devem disponibilizar serviços de Urgência e Emergência 24 horas.

As operadoras exclusivamente odontológicas não terão avaliação neste indicador.

Meta

Apresentar um valor igual a 100% dos municípios com disponibilidade serviços de urgência e emergência 24 horas, para aqueles com mais de 300 beneficiários.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Resultado = 0%	0
0% < Resultado < 100%	Resultado
Resultado = 100%	1

Fonte

MS/ANS – Sistema de Registro de Produtos (RPS)

MS/DATASUS/CNES

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

Limitações e Vieses

1. O indicador não avalia a indisponibilidade local dos serviços de urgência e emergência 24 horas;
2. O indicador não avalia a dispersão geográfica dos serviços, quanto à disponibilidade de prestadores em municípios limítrofes;
3. Não avalia a suficiência dos serviços em relação ao quantitativo dos beneficiários.
4. Problemas referentes a qualidade de preenchimento e cobertura do CNES.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Qualificação da Saúde Suplementar: **uma nova perspectiva no processo de regulação**. Rio de Janeiro: ANS, 2004.

RN nº. 100, de 3 de junho de 2005.

BRASIL. Portaria MS nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002. **Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. (ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR)**.

Consulta pública ANS nº 26/2006. Minuta e anexos de RN disponibilizados para consulta pública no período de 28/12/2006 a 24/02/2007.

3.3 DISPERSÃO DA REDE ASSISTENCIAL MÉDICO-HOSPITALAR

Conceituação

Percentual dos municípios listados na área geográfica de abrangência e atuação dos planos, que apresentam indicação de rede assistencial para operadoras com segmentação Médico-hospitalar ao final do ano em análise.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{nº de municípios com indicação de prestador hospitalar}}{\text{o nº de municípios com previsão de cobertura assistencial hospitalar}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no Indicador

- **Área Geográfica de Abrangência dos planos:** área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelos beneficiários.
- **Área de Atuação dos planos:** especificação dos municípios ou UF de acordo com a abrangência adotada acima.
- **Municípios com indicação de prestador:** Quantidade de municípios com prestadores hospitalares (Hospital Geral ou Hospital Especializado) informados na rede assistencial da operadora no RPS.
Para os planos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional serão contabilizados os municípios contidos em cada UF.
- **Municípios com previsão de cobertura assistencial hospitalar:** quantidade de municípios indicados na área de atuação dos planos com segmentação hospitalar Registrados, Adequados e Em Adequação no sistema RPS/ARPS. No cálculo do denominador serão considerados apenas os municípios que

apresentam disponibilidade dos prestadores hospitalares não exclusivos do SUS, segundo a informação contida no CNES/DATASUS.

Situações excetuadas:

Serão contabilizados neste indicador apenas os municípios e prestadores que estiverem localizados no conjunto dos municípios que contemplem 90% dos beneficiários da operadora em planos com cobertura hospitalar.

No caso de beneficiários vinculados a planos anteriores a lei 9.656/98, como não existe informação da área de atuação no cadastro destes planos no SCPA, será entendida como área de previsão de cobertura assistencial os municípios de residência dos beneficiários.

Serão desconsiderados os beneficiários vinculados a planos registrados no RPS que indicarem, nos Dados Gerias deste registro, que o plano opera exclusivamente com livre escolha.

Operadoras com segmentação Médico-hospitalar que apresentem beneficiários em planos exclusivamente odontológicos serão avaliadas apenas quanto à indicação de prestadores hospitalares.

A classificação dos estabelecimentos será verificada a partir da informação do CNES constante nos prestadores informados pelas Operadoras no RPS. Quando este cadastro não estiver informado, mas existir no CNES, serão considerados os CNPJ informados neste sistema para identificar e contabilizar a disponibilidade destes prestadores.

Interpretação do Indicador

Verifica o quanto à disponibilidade de prestadores hospitalares na rede assistencial da operadora está coerente com a área geográfica de abrangência/atuação prevista para cobertura assistencial definida nos planos, favorecendo um melhor acesso para os beneficiários.

Usos

Acompanhar a distribuição dos prestadores nas áreas previstas para oferta de cobertura assistencial.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O parâmetro é ter disponibilidade de serviços hospitalares onde estão concentrados os beneficiários da operadora.

Meta

Apresentar um resultado de 100% dos municípios (com beneficiários) da área geográfica de abrangência / atuação dos planos das operadoras, com disponibilidade de prestador com serviços hospitalares.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Resultado = 0%	0
0% < Resultado < 100%	Resultado
Resultado = 100%	1

Fonte

MS/ANS – Sistema de Registro de Produtos (RPS)

MS/DATASUS/CNES

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

Limitações e Vieses

1. Não avaliada neste indicador a dispersão geográfica, quanto à disponibilidade de prestadores hospitalares em municípios limítrofes;

2. Não avalia a distribuição dos demais estabelecimentos não hospitalares, para as operadoras com segmentação Médico-hospitalar, vinculados a rede assistencial da operadora.
3. Problemas referentes a qualidade de preenchimento e cobertura do CNES.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Qualificação da Saúde Suplementar: uma nova perspectiva no processo de regulação.

Rio de Janeiro: ANS, 2004.

RN nº. 100, de 3 de junho de 2005.

Consulta pública ANS nº 26/2006. Minuta e anexos de RN disponibilizados para consulta pública no período de 28/12/2006 a 24/02/2007.

3.4 DISPERSÃO DA REDE ASSISTENCIAL EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA

Conceituação

Percentual dos municípios listados na área geográfica de abrangência e atuação dos planos, que apresentam indicação de rede assistencial odontológica ao final do ano em análise.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{nº de municípios com indicação de prestador odontológico}}{\text{nº de municípios com previsão de cobertura assistencial odontológica}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no Indicador

- **Área Geográfica de Abrangência dos planos:** área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelos beneficiários.
- **Área de Atuação dos planos:** especificação dos municípios ou UF de acordo com a abrangência adotada acima.
- **Municípios com indicação de prestador:** total dos municípios com indicação de prestador odontológico. Para os planos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional serão contabilizados os municípios contidos em cada UF.

No cálculo do numerador serão contabilizados os prestadores informados na rede assistencial da operadora no RPS.

- **Municípios com previsão de cobertura assistencial hospitalar/odontológica:** total dos municípios indicados na área de atuação

dos planos com segmentação odontológica, Registrados, Adequados e Em Adequação no sistema RPS/ARPS.

Observação: No Monitoramento Assistencial este indicador é calculado somente para operadoras exclusivamente odontológicas.

Situações excetuadas:

Serão contabilizados neste indicador apenas os municípios e prestadores que estiverem localizados no conjunto dos municípios que contemplem 90% dos beneficiários da operadora em planos com cobertura odontológica.

No caso de beneficiários vinculados a planos anteriores a lei 9.656/98, como não existe informação da área de atuação no cadastro destes planos no SCPA, será entendida como área de previsão de cobertura assistencial os municípios de residência dos beneficiários.

Serão desconsiderados os beneficiários vinculados a planos registrados no RPS que indicarem, nos Dados Gerais deste registro, que o plano opera exclusivamente com livre escolha.

A disponibilidade dos estabelecimentos será verificada a partir da informação dos prestadores informados pelas Operadoras no RPS.

Interpretação do Indicador

Verifica o quanto disponibilidade de prestadores odontológicos na rede assistencial da operadora está coerente com a área geográfica de abrangência/atuação prevista para cobertura assistencial definida nos planos, favorecendo um melhor acesso para os beneficiários.

Usos

Acompanhar a distribuição dos prestadores nas áreas previstas para oferta de cobertura assistencial.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O parâmetro é ter disponibilidade de serviços básicos em 100% dos municípios que concentram os beneficiários da operadora e fazem parte da área de atuação de seus planos.

Meta

Apresentar um resultado de 100% dos municípios (com beneficiários) da área geográfica de abrangência/atuação dos planos das operadoras, com disponibilidade de prestador com serviços odontológicos.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Resultado = 0%	0
0% < Resultado < 100%	Resultado
Resultado = 100%	1

Fonte

MS/ANS – Sistema de Registro de Produtos (RPS)

MS/DATASUS/CNES

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

Limitações e Vieses

Não avaliada neste indicador a dispersão geográfica, quanto à disponibilidade de prestadores odontológicos em municípios limítrofes.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Qualificação da Saúde Suplementar: **uma nova perspectiva no processo de regulação. Rio de Janeiro: ANS, 2004.**

RN nº. 100, de 3 de junho de 2005.

Consulta pública ANS nº 26/2006. Minuta e anexos de RN disponibilizados para consulta pública no período de 28/12/2006 a 24/02/2007.

3.5 ÍNDICE DE SOLICITAÇÕES DE ABERTURA DE PROCESSO DE DLP PARA CADA 10.000 BENEFICIÁRIOS

Conceituação

Representa o total de solicitações de abertura de processos de alegação de DLP – Doenças e Lesões Preexistentes por operadora no período analisado para cada 10.000 beneficiários.

Método de Cálculo

$\frac{\text{Nº de solicitações de abertura de processos de alegação de DLP no período}}{\text{Média de beneficiários no período}} \times 10.000$

Definição de termos utilizados no Indicador

- **Numerador:** total de solicitações de abertura de processos de alegação de DLP da operadora no período analisado.
- **Denominador:** Valor médio de beneficiários da operadora no período analisado.

Interpretação do Indicador

Aponta para situações nas quais as operadoras se utilizam a abertura de processo de DLP como forma de dificultar o acesso dos beneficiários aos procedimentos de saúde, bem como forma de seleção de risco, uma vez que o processo de DLP é um mecanismo que pode viabilizar a rescisão unilateral de contrato prevista na legislação.

Usos

Acompanhar as operadoras que mais solicitam abertura de processo de DLP e comparar com os dados de denúncias de negativa de cobertura sob esse argumento e outras práticas que dificultem o acesso dos beneficiários aos procedimentos em saúde.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Quanto menor o índice da operadora menor a utilização de abertura de processo de DLP como um mecanismo de regulação. Para o Monitoramento Assistencial é adotado um limite com base na mediana do setor por porte.

Meta

Obter um Índice de Solicitação de Abertura de processo de DLP menor que a mediana do setor no período analisado.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora
$0 \leq \text{Resultado} < \text{mediana}$	1
$\text{Resultado} \geq \text{mediana}$	0

Fonte

MS/ANS – Sistema de DLP - Doenças e Lesões Preexistentes

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

Limitações e Vieses

O envio de mais de uma solicitação de abertura para o mesmo beneficiário, tendo em vista que se a operadora não enviar a documentação completa para abertura do

processo de DLP a solicitação será arquivada, e a operadora poderá solicitar nova abertura apresentando a documentação correta.

Referências

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

4 – DIMENSÃO INFORMAÇÃO

4.1 ÍNDICE DE REGULARIDADE DE ENVIO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Conceituação

Corresponde ao grau de cumprimento das obrigações periódicas das operadoras, quanto aos encaminhamentos devidos dos dados dos sistemas de informações Sistema de Informações do Beneficiário (SIB), Sistema de Informações de Produtos (SIP) e Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde (DIOPS), dentro dos prazos estabelecidos nos Atos Normativos da ANS.

Método de Cálculo

$$\frac{\frac{\text{Envio SIB}}{12} + \frac{\text{Envio SIP}}{4} + \frac{\text{Envio DIOPS}}{4}}{3} \times 100$$

Este cálculo aplica-se as operadoras nas modalidades: Medicina de grupo, Odontologia de grupo, Filantropia, Autogestão não mantida, Autogestão mantida, Seguradora especializada em saúde, Cooperativa médica e Cooperativa odontológica.

Exceções para o ano base de análise 2011, não se incluindo na fórmula acima os envios trimestrais do DIOPS:

- Operadoras da modalidade Autogestão por RH estão desobrigadas do envio dos dados do DIOPS.
- Operadoras das modalidades Cooperativa odontológica ou Odontologia de grupo com número de beneficiários inferior a 20 (vinte) mil, estão dispensadas da obrigação de envio de informações relativas ao primeiro, segundo e terceiro trimestres.

Definição de termos utilizados no Indicador

Envio do SIP, SIB e DIOPS: número de envios periódicos desses dados pela operadora à ANS, dentro dos prazos para as competências estabelecidas nos normativos vigentes. A data considerada não depende da data de processamento das informações pela ANS, ou seja, será considerada a data do primeiro envio de arquivo válido, independentemente da data de processamento das informações pela ANS.

Esclarece-se que a operadora está obrigada a enviar arquivos referentes aos quatro trimestres, sendo os dois primeiros com a mesma data-limite (agosto/2011) e os dois últimos com a mesma data-limite (março/2012). Os arquivos são enviados separadamente até a mesma data, portanto, seria possível para a operadora enviar apenas um dos arquivos. A forma de cálculo está correta.

Interpretação do Indicador

Demonstra o grau de efetividade das obrigações devidas das operadoras quanto à regularização do DIOPS, SIB, SIP, dentro dos prazos estabelecidos nas normas, quando devidos pela operadora.

Usos

Permitir o acompanhamento da operadora em relação ao cumprimento às normas estabelecidas para DIOPS, SIB e SIP.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Número de obrigações definidas nos atos normativos da ANS

Meta

Cumprimento das obrigações devidas em 100%.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Resultado = 0%	0
0% < Resultado < 100%	Resultado
Resultado = 100%	1

Fonte

MS/ANS – Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (DIOPS)

MS/ANS – Sistema de Informações de Produtos (SIP)

MS/ANS – Sistema Cadastro de Operadoras (CADOP)

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

Limitações e Vieses

Não avalia a qualidade dos dados informados nos sistemas de informações SIB, SIP e DIOPS.

Referências

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Qualificação da Saúde Suplementar: uma nova perspectiva no processo de regulação. Rio de Janeiro: ANS, 2004.

4.2 PROPORÇÃO DE INDICADORES COM PROBLEMA DE INFORMAÇÃO

Conceituação

Percentual de indicadores aplicáveis à operadora na metodologia de Monitoramento Assistencial que não puderam ser calculados em função de ausência/problemas nas informações da operadora nos sistemas da ANS.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Total de indicadores com problema de informação no Monitoramento Assistencial da GMOA}}{\text{Total de indicadores aplicáveis à operadora}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no Indicador

- **Numerador:** Total de indicadores aplicáveis à operadora que não puderam ser calculados por ausência de informação ou informação inconsistente, no período de análise.
- **Denominador:** Total de indicadores aplicáveis à operadora. Os critérios de aplicabilidade variam de acordo como o indicador, mas em geral levam e conta o grupo Médico-Hospitalar ou Odontológico, ou a existência de beneficiários numa determinada segmentação assistencial. A adoção destes critérios tem por objetivo penalizar, na metodologia do Monitoramento Assistencial, a má qualidade ou ausência de informação dos indicadores pertinentes à operadora.

Interpretação do Indicador

Aponta o grau de viabilidade de cálculo dos indicadores a partir das informações prestadas pela operadora à ANS.

Usos

Pontuar no Monitoramento Assistencial as operadoras de acordo com a qualidade das informações prestadas à ANS.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O esperado é que a operadora possa ser avaliada em todos os indicadores a ela aplicáveis. O parâmetro adotado é de 100%.

Meta

Atingir um resultado igual a 100%, ou seja, não ter possuir nenhum indicador com problema/ausência de informação.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Resultado = 100	0
0 < Resultado < 100	1- Resultado
Resultado = 0	1

Fonte: ANS – Monitoramento Assistencial - GMOA/GGRAS/DIPRO

Limitações e Vieses

Avalia parcialmente a qualidade dos dados enviados, uma vez que, em parte dos indicadores foi levada em conta somente a viabilidade do cálculo e não a magnitude dos valores informados pelas operadoras.

Referências

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

5 – DIMENSÃO RECLAMAÇÃO

5.1 ÍNDICE DE RECLAMAÇÕES

Conceituação

Número médio de reclamações recebidas na ANS para cada 10.000 beneficiários da operadora, no período considerado.

Método de Cálculo

$\frac{\text{Total de reclamações recebidas na ANS no período analisado}}{\text{Média de beneficiários no período analisado}} \times 10.000$
--

Definição de termos utilizados no Indicador

- **Numerador** - número de demandas da operadora identificadas no Sistema de Informações da Fiscalização – SIF como “RECLAMAÇÃO”, no período de análise, excluindo-se: NIP’s - Notificação de Investigação Preliminar; demandas arquivadas por inexistência de infração e as demandas identificadas como “INFORMAÇÃO”.
- **Denominador** – média de beneficiários informados pelas operadoras ao Sistema de Informações de Beneficiários - SIB, no período de análise.

OBS: O cálculo do Índice de Reclamações é aplicado para as operadoras com registro ativo na ANS que tenham mais de 100 beneficiários no período considerado.

Interpretação do Indicador

Aponta a existência de reclamações junto à ANS e permite inferir o grau de satisfação dos beneficiários.

Usos

Permite comparar a atuação das diversas operadoras, avaliar a existência de assimetria de informação entre as partes, e inferir o grau de satisfação dos beneficiários.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

No Monitoramento Assistencial considera-se como parâmetro o indicador igual a zero, sendo a mediana por porte e grupo (MH ou OD) adotada como limite.

Meta

Atingir um resultado igual a zero, ou seja, não ter demandas classificadas como "RECLAMAÇÃO", no período analisado.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de informação ou Resultado \geq mediana	0
$0 < \text{Resultado} < \text{mediana}$	$1 - \frac{\text{resultado}}{\text{mediana}}$
Resultado = 0	1

Fonte

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

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

Limitações e Vieses

Pode haver sub-registro das reclamações dado que muitos beneficiários não se queixam junto à ANS.

Referências

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

5.2 ÍNDICE DE NIP - NOTIFICAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO PRELIMINAR

Conceituação

Representa o total de demandas da operadora na NIP – Notificação de Investigação Preliminar para cada 10.000 beneficiários da operadora, no período de análise.

Método de Cálculo

$$\frac{\begin{array}{l} \text{Nº de demandas na NIP que estavam em andamento no} \\ \text{processamento anterior e que foram analisadas e classificadas} \\ \text{como RVE ou NURANS} \\ \\ + \\ \\ \text{Nº de demandas na NIP que entraram no período de análise} \\ \text{do processamento atual e que foram analisadas e classificadas} \\ \text{como RVE ou NURANS} \end{array}}{\text{Média de Beneficiários no período de análise}} \times 10.000$$

Definição de termos utilizados no Indicador

- **Numerador** - O total de NIP's a ser considerado no indicador será a soma de duas parcelas:
 - Nº de demandas que entraram na NIP no período de análise do processamento anterior da Metodologia de Monitoramento Assistencial, estavam "EM ANDAMENTO" no processamento anterior e no processamento atual constam como analisadas, tendo sido classificadas como "RVE" ou "NURANS";
 - Nº de demandas que entraram na NIP no período de análise do processamento atual da Metodologia de Monitoramento Assistencial e que foram analisadas e classificadas como "RVE" ou "NURANS".
- **Denominador** – média de beneficiários informados pelas operadoras ao Sistema de Informações de Beneficiários - SIB, no mesmo período.

Interpretação do Indicador

Aponta se a operadora está permitindo o acesso dos beneficiários às coberturas contratadas, e conseqüentemente seu grau de satisfação.

Usos

Permite comparar a atuação das diversas operadoras e classificá-las segundo a existência de demandas com resultado de análise igual a RVE ou NURANS referentes à negativa de cobertura assistencial.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Quanto menor o índice da operadora maior o acesso dos beneficiários às coberturas contratadas. No Monitoramento Assistencial considera-se como parâmetro o indicador igual a zero, sendo a mediana por porte e grupo (MH ou OD) adotada como limite.

Meta

Atingir um resultado igual a zero, ou seja, não ter demandas de NIP com resultado de análise igual a RVE ou NURANS no período analisado.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Resultado \geq mediana	0
$0 < \text{Resultado} < \text{mediana}$	$\frac{\text{mediana} - \text{resultado}}{\text{mediana}}$
Resultado = 0	1

Fonte

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

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

Limitações e Vieses

Pode haver sub-registro das reclamações de negativa de cobertura dado que muitos beneficiários não fazem queixa na ANS por falta de conhecimento da existência do órgão regulador. Em função disso, muitas reclamações são realizadas somente nos órgãos de defesa do consumidor.

Referências

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.