

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

Nota Técnica Nº 172/2012/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS

Rio de Janeiro, 28 de junho de 2012.

Assunto: Metodologia de Monitoramento Assistencial – atualização da Nota Técnica nº 162/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 continuidade da assistência prestada aos beneficiários, à qualidade das informações encaminhadas à ANS e à verificação de indícios de anormalidades administrativas e assistenciais, torna-se imperativo o desenvolvimento de uma metodologia sensível e capaz de identificar oportunamente os indicativos de

anormalidades e gerar informação consistente para o monitoramento assistencial das operadoras de planos privados de saúde, 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 quatro 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 avaliados, o status de risco, a posição final no ranking, a série histórica com a evolução percentual da nota.

4- Painel de Indicadores: documento disponível para consulta no *site* da ANS que sintetiza a série histórica com os resultados obtidos nos indicadores avaliados.

4. BASES DE DADOS

Conforme exposto 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;
- PROMOPREV/ANS – Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças;
- 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.

Após análise de sensibilidade, optou-se por excluir o indicador de Produção de Internações Psiquiátricas. Assim, a partir do processamento de junho/2012 a Metodologia de Monitoramento Assistencial terá um conjunto de 20 indicadores.

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

Para sistematizar a análise e classificar a natureza das anormalidades assistenciais apresentadas por uma determinada operadora, optou-se por alocar os 20 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 |

| Dimensão | Indicador |
|----------------------|--|
| | Índice de ressonância magnética |
| | Produção de hemodiálise crônica |
| | 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 |
| | 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 |

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 |
|---|-----------------------------------|
| MH Médico-Hospitalar com ou sem odontologia | Seguradora especializada em saúde |
| | Cooperativa Médica |
| | Autogestão |
| | Filantropia |
| | Medicina de Grupo |
| OD Exclusivamente odontológica | 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 19 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 |
| | 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 |

| Dimensão | Indicador | Grupo MH | Grupo OD |
|-----------------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| TOTAL DE INDICADORES | | 19 | 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 |

| Dimensão | Indicador | Critérios de aplicabilidade |
|----------------------|--|---|
| | 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 |
| | 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 |

| Dimensão | Indicador | Critérios de aplicabilidade |
|-----------------|--|--|
| | Dispersão de procedimentos e serviços básicos de saúde | Aplicável somente a operadoras do grupo MH, utilizando os mesmos critérios do PQSS |
| | 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

Há casos em que um determinado indicador se aplica à operadora segundo os critérios de aplicabilidade descritos no item 6.3, porém, seu cálculo não é possível porque a operadora não enviou a informação ou a enviou com inconsistência. Tais situações são classificadas segundo os critérios da tabela abaixo:

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 < Resultado < 0,75 | $\frac{\text{resultado}}{0,75}$ |
| | | | Resultado ≥ 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 ≤ 0,2 x Mediana ou ≥ 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 ≤ Resultado ≤ 1,15 x Mediana | 1 |
| | | | 1,15 x Mediana < Resultado < 2 x Mediana | $1 - \left(\frac{\text{resultado} - 1,15 \times \text{mediana}}{2 \times \text{mediana} - 1,15 \times \text{mediana}} \right)$ |
| 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 ≤ 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 ≥ limite superior do boxplot | 0 |
| | | | 0,04 ≤ Resultado < mediana | $\frac{\text{resultado} - 0,04}{\text{mediana} - 0,04}$ |
| | | | mediana ≤ 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 |
| 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 | $\frac{\text{Resultado}}{0,07}$ |

| INDICADOR | NUMERADOR | DENOMINADOR | RESULTADO NO INDICADOR | PONTUAÇÃO |
|--|--|--|--|--|
| | | | Resultado $\geq 0,07$ | 1 |
| 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 | Nº de municípios com indicação de | Nº de municípios com previsão de cobertura | Resultado = 0% | 0 |

| INDICADOR | NUMERADOR | DENOMINADOR | RESULTADO NO INDICADOR | PONTUAÇÃO |
|--|---|---|--|-----------|
| odontológica | prestador odontológico - SIB/ANS, RPS/ANS e CNES/ANS | assistencial odontológica - SIB/ANS, RPS/ANS e CNES/ANS | 0% < Resultado < 100% | Resultado |
| | | | 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 | $0 \leq \text{Resultado} < \text{mediana}$ | 1 |
| | | | Resultado \geq mediana | 0 |
| DIMENSÃO RECLAMAÇÃO | | | | |
| Índice de reclamações (*) | Total de reclamações recebidas na | Média de beneficiários no período analisado | Problema de informação ou Resultado \geq mediana | 0 |

| INDICADOR | NUMERADOR | DENOMINADOR | RESULTADO NO INDICADOR | PONTUAÇÃO |
|---|--|--|-------------------------|--|
| | ANS no período analisado - SIF/ANS x 10.000 | - SIB/ANS | 0 < Resultado < mediana | $1 - \frac{\text{resultado}}{\text{mediana}}$ |
| | | | Resultado = 0 | 1 |
| Índice de NIP (*) | (Nº de demandas NIP que estavam em andamento no processamento anterior e que foram analisadas e classificadas como RVE ou NURANS + Nº de demandas NIP que entraram no período de análise e que foram analisadas e classificadas como RVE ou NURANS) 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_Dimensão_i é a nota da operadora numa determinada dimensão i

$\text{Nota_indicador}_{ij}$ 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:

$$\text{Nota_Dimensão}_{\text{Reclamação}} = \frac{95 \times \text{Nota_indicador}_{\text{NIP}} + 5 \times \text{Nota_indicador}_{\text{IR}}}{100}$$

onde:

$\text{Nota_indicador}_{\text{NIP}}$: corresponde a Nota do indicador da NIP.

Nota_indicador_{TR}: 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 aprovados junto à ANS. Existem duas pontuações possíveis, que serão aplicadas de acordo com os critérios abaixo:

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 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.

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

² MACBETH: **M**easuring **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 |
|---------------------|---|---|
| 1 | Igual importância | As duas atividades contribuem igualmente para o objetivo |
| 3 | Pequena importância da primeira sobre a segunda | A experiência e o julgamento favorecem levemente uma 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.

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

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:

$$IC = \frac{\lambda_{\max} - n}{n - 1} = \frac{\left(\sum_{i=1}^n W_i \times \left(\sum_{i=1}^n a_{ij} \right) \right) - n}{n - 1} =$$

$$= \frac{49,00\% \times (1 + 0,2 + 0,1667 + 0,3333 + 0,3333) + 15,58\% \times (5 + 1 + 1 + 0,5 + 0,5) + \dots + 10,08\% \times (3 + 2 + 2 + 1 + 1) - 5}{5 - 1}$$

$$= 10,76\%$$

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, ou seja:

$$Nota_Final = \frac{\sum_{i=1}^5 Nota_Dimensão_i \cdot Peso_Dimensão_i}{5}$$

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 quatro *status*: VERDE, AMARELO, LARANJA ou VERMELHO, conforme tabela 11:

Tabela 11 – Critérios para a classificação da operadora

| STATUS | SIGNIFICADO | CRITÉRIO |
|---------------|---|--------------------------|
| Verde | Indício de risco assistencial BAIXO | Nota final > 0,40 |
| Amarelo | Indício de risco assistencial PRÉ-MODERADO | 0,35 < Nota final ≤ 0,40 |
| Laranja | Indício de risco assistencial MODERADO | 0,2 < Nota final ≤ 0,35 |
| Vermelho | Indício de risco assistencial ALTO | Nota final ≤ 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 indício 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 comprometer a 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.

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 oportunamente 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 ou em qualquer outro critério.