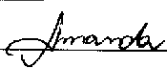


Gerência/Diretoria: **GGRAS/DIPRO**
Protocolo n.º. 33902. 489 564 /2012- 1F
Data Registro: 16 / 10 / 12
Hora Registro: 1F : 10
Assinatura: 

Nota Técnica N° 208/2012/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS

Rio de Janeiro, 16 de outubro de 2012.

Assunto: Metodologia de Monitoramento Assistencial – atualização da Nota Técnica nº 182/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, podemos observar no setor 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

Tendo em vista a relevância dos serviços prestados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde é necessário o acompanhamento da capacidade de atendimento aos beneficiários, a fim de que não haja qualquer risco à continuidade e à qualidade da prestação dos serviços de 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; exercer o controle e avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados; avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar.

Para dar cumprimento a sua norma instituidora, o Regimento Interno da ANS estabelece que o monitoramento assistencial 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.

3. OBJETIVOS

O monitoramento assistencial consiste em um processo periódico e sistemático de análise e produção de informações a partir dos dados encaminhados pelas operadoras à ANS, que tem por objetivo primário monitorar e acompanhar indiretamente a evolução do risco assistencial das operadoras através da identificação dos indícios de anormalidades

administrativas e assistenciais; e subsidiar a priorização das operadoras para a realização de visita técnica com a finalidade de realizar um diagnóstico in loco das anormalidades sinalizadas nos indicadores. O monitoramento assistencial também auxilia, de forma secundária, o acompanhamento da evolução das operadoras sinalizando tendências de melhora, manutenção ou agravamento dos cenários de risco assistencial.

Trata-se, portanto, de um instrumento multidimensional e indireto de classificação e de ordenamento das operadoras, do ponto de vista assistencial, com o objetivo de melhor estruturar as ações de monitoramento do mercado de saúde suplementar, por parte da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, possibilitando a priorização das operadoras de acordo com os níveis de índice de risco assistencial observados periodicamente.

A metodologia aqui apresentada gera quatro produtos:

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

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

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

3- Prontuário de Resultados: documento disponível para consulta no Portal da ANS que sintetiza as informações cadastrais da operadora, demonstra a nota final e a classificação de risco; a nota obtida em cada dimensão de análise; o resultado dos indicadores avaliados; a posição da operadora entre as demais do mesmo grupo (Médico-Hospitalar ou Exclusivamente Odontológico); a posição da operadora entre as demais da mesma classificação de risco; e a série histórica com o resultados obtidos nos processamentos anteriores (mapa de risco). Através do Prontuário de Resultados as operadoras também poderão verificar o conceito de cada indicador, os dados utilizados para o cálculo (numerador e denominador), o resultado esperado, e os critérios para a pontuação.

4- Painel de Indicadores: documento disponível para consulta no Portal da ANS que sintetiza a série histórica com os resultados obtidos nos indicadores avaliados e apresenta a variação percentual do Índice de NIP entre os dois últimos processamentos.

4. BASES DE DADOS

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

Foi realizado um levantamento dos sistemas de informações 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, a partir do processamento de junho/2012, o Monitoramento Assistencial terá um conjunto de 20 indicadores pois optou-se por excluir da metodologia o indicador de Produção de Internações Psiquiátricas.

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 dispersão da rede prestadora de serviços de saúde, e a adequação dos mecanismos utilizados pela operadora para a regulação do acesso aos serviços;
- **Atuarial*:** avalia as premissas atuariais relacionadas à precificação dos produtos;
- **Informação:** avalia a regularidade e tempestividade de envio dos Sistemas de Informação, bem como, a consistência das informações enviadas à ANS;
- **Reclamação:** avalia o quantitativo de NIPs e reclamações efetuadas pelos beneficiários junto à ANS.

***Optou-se por substituir o nome da dimensão uma vez que o objetivo é avaliar apenas questões atuariais relacionadas aos produtos da operadora. Essa dimensão não avalia o desempenho**

econômico-financeiro da operadora e, portanto, não há interface com o monitoramento realizado pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE.

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

Tabela 1- Lista de indicadores por dimensão

Dimensão	Indicador
Assistencial	Número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário
	Taxa de internação hospitalar
	Proporção de consulta médica em pronto socorro
	Índice de ressonância magnética
	Produção de hemodiálise crônica
	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
Atuarial	Índice de despesa assistencial
	Prazo Médio de Pagamento de Eventos - PMPE
	Valor comercial – proporção
Estrutura e Operação	Dispersão da rede assistencial odontológica
	Dispersão de procedimentos e serviços básicos de saúde
	Dispersão de serviços de urgência e emergência 24h
	Dispersão da rede assistencial hospitalar
	Índice de solicitações de abertura de processo de DLP para cada 10.000 beneficiários

Dimensão	Indicador
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 um programa no software estatístico SAS.

6.1 Critérios de elegibilidade

A partir da lista de todas as operadoras constantes no CADOP, serão consideradas elegíveis a participarem do 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, 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 do monitoramento, 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

Dimensão	Indicador	Grupo MH	Grupo OD
Atuarial	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 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 hospitalar	SIM	NÃO
	Índice de solicitações de abertura de processo de DLP para cada 10.000 beneficiários	SIM	NÃO
Informação	Índice de regularidade de envio dos sistemas de informação	SIM	SIM
	Proporção de indicadores com problema de informação	SIM	SIM
Reclamação	Índice de reclamações	SIM	SIM
	Índice de NIP – Notificação de Investigação Preliminar	SIM	SIM
TOTAL DE INDICADORES		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
	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

Dimensão	Indicador	Crítérios de aplicabilidade
Atuarial	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 odontológica	Aplicável somente a operadoras do grupo OD, utilizando os mesmos critérios do PQSS
	Dispersão de procedimentos e serviços básicos de saúde	Aplicável somente a operadoras do grupo MH, utilizando os mesmos critérios do PQSS
	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 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	Não de aplica para operadoras com média de beneficiários inferior a 100, nos últimos seis meses
	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 Índice de Reclamações não será aplicado para as operadoras com média de beneficiários menor ou igual a 100, nos últimos seis meses.

6.4 Cálculo dos indicadores

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

6.5 Classificação dos problemas de informação

Há casos em que um determinado indicador se aplica à operadora, segundo os critérios 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 serão 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 obtido pela operadora em cada indicador é comparado com um parâmetro esperado de forma que, para cada indicador, a operadora recebe uma nota que varia de 0 a 1, onde 0 representa a pior nota (alto risco assistencial) no indicador e 1 representa a melhor nota (baixo risco assistencial) no indicador. A tabela a seguir sintetiza a fórmula de cálculo e o critério de pontuação dos indicadores:

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

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO NO INDICADOR	PONTUAÇÃO
DIMENSÃO ASSISTENCIAL				
Nº de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário	Eventos ocorridos - consulta médica ambulatorial - SIP/ANS	Beneficiários fora do período de carência para consulta médica ambulatorial - SIP/ANS	Problema de Informação ou Resultado = 0	0
			$0 < \text{Resultado} < 0,75$	$\frac{\text{resultado}}{0,75}$
			Resultado $\geq 0,75$	1
Taxa de internação hospitalar (*)	Eventos de internações hospitalares - SIP/ANS x 100	Beneficiários fora do período de carência para internações hospitalares - SIP/ANS	Problema de Informação ou resultado $\leq 0,2 \times \text{Mediana}$ ou $\geq 2 \times \text{Mediana}$	0
			$0,2 \times \text{Mediana} < \text{Resultado} < 0,7 \times \text{Mediana}$	$\frac{\text{resultado} - 0,2 \times \text{mediana}}{0,7 \times \text{mediana} - 0,2 \times \text{mediana}}$
			$0,7 \times \text{Mediana} \leq \text{Resultado} \leq 1,15 \times \text{Mediana}$	1
			$1,15 \times \text{Mediana} < \text{Resultado} < 2 \times \text{Mediana}$	$1 - \left(\frac{\text{resultado} - 1,15 \times \text{mediana}}{2 \times \text{mediana} - 1,15 \times \text{mediana}} \right)$
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
			$0 < \text{Resultado} < 5$	$\frac{\text{resultado}}{5}$
			$5 \leq \text{Resultado} \leq 20$	1
Índice de ressonância magnética (*)	Eventos Ocorridos - ressonância	Eventos Ocorridos - consultas médicas -	Problema de Informação ou Resultado $< 0,04$ ou Resultado \geq limite superior do boxplot	0

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO NO INDICADOR	PONTUAÇÃO
	magnética - SIP/ANS x 100	SIP/ANS	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	$\frac{\text{Resultado}}{0,07}$
			Resultado ≥ 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 < Resultado < 0,125	$\frac{\text{resultado}}{0,125}$
			Resultado ≥ 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 < Resultado < 0,75 x Mediana	$\frac{\text{resultado}}{0,75 \times \text{mediana}}$
			Resultado ≥ 0,75 x Mediana	1
DIMENSÃO ATUARIAL				
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 ≤ 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	$1 - \left(\frac{\text{resultado} - 3^\circ \text{quartil}}{1 - 3^\circ \text{quartil}} \right)$
PMPE - Prazo médio de pagamento de	Eventos a liquidar - DIOPS/ANS x Nº	Eventos indenizáveis líquidos -	Resultado ≥ 70 dias	0

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO NO INDICADOR	PONTUAÇÃO
eventos	de dias até o final do trimestre de cálculo	DIOPS/ANS	60 dias < Resultado < 70 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 < Resultado < 1	1 - Resultado
			Resultado = 1	0
DIMENSÃO ESTRUTURA E OPERAÇÃO				
Dispersão da rede assistencial odontológica	Nº de municípios com disponibilidade de prestadores odontológicos - RPS/ANS e CNES/ANS x 100	Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial odontológica - RPS/ANS e CNES/ANS	Resultado = 0%	0
			0% < Resultado < 100%	Resultado
			Resultado = 100%	1
Dispersão de procedimentos e serviços básicos de saúde	Nº de municípios com disponibilidade de procedimentos e serviços básicos de saúde - RPS/ANS e CNES/ANS x 100	Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial - 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 disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24h - RPS/ANS e CNES/ANS x 100	Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial - RPS/ANS e CNES/ANS	Resultado = 0%	0
			0% < Resultado < 100%	Resultado
			Resultado = 100%	1
Dispersão da rede assistencial hospitalar	Nº de municípios com disponibilidade	Nº de municípios com previsão de cobertura	Resultado = 0%	0

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO NO INDICADOR	PONTUAÇÃO
	de estabelecimentos hospitalares - RPS/ANS e CNES/ANS x 100	assistencial hospitalar - RPS/ANS e CNES/ANS	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 ≤ Resultado < mediana	1
			Resultado ≥ mediana	0
DIMENSÃO RECLAMAÇÃO				
Índice de reclamações (*)	Total de reclamações recebidas na ANS no período analisado - SIF/ANS x 10.000	Média de beneficiários no período analisado - SIB/ANS	Problema de informação ou Resultado ≥ mediana	0
			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

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO NO INDICADOR	PONTUAÇÃO
			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 Índice de 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:

Nota_indicador_{NIP}: corresponde à nota do Índice de NIP.

Nota_indicador_{IR}: corresponde à nota do Índice de Reclamações.

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 assistencial e 1 representa baixo risco assistencial.

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 não seja aplicável, a nota da Dimensão Reclamação será igual à nota obtida no Índice de Reclamações.

Já na Dimensão Assistencial será atribuída uma pontuação bônus para as operadoras que tiverem programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças informados junto à ANS. 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, ou, inscritos através do Formulário de Inscrição (FI).

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.

¹ AHP: **A**lytic **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).

6.8.2 Escala Fundamental de Saaty

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

Tabela 7

Grau de importância	Preferências	Conceito
1	Igual importância	As duas atividades contribuem igualmente para o objetivo
3	Pequena importância da primeira sobre a 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
Atuarial

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	Atuarial
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
Atuarial	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	Atuarial
Reclamações	0,4518	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
Atuarial	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%
Atuarial	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 anormalidades administrativas e assistenciais, 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

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

8. RANKING DE OPERADORAS NO STATUS

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

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

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

9. CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO

A aplicação da metodologia 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.

Para tal, foram adicionados critérios para agravamento do risco assistencial das operadoras, quais sejam, possibilidade de agravamento do risco pelo não atendimento aos prazos de garantia de atendimento estabelecidos pela RN 259/11, e possibilidade de agravamento do risco pela evolução percentual positiva no índice de NIP entre os dois últimos processamentos.

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 administrativas e assistenciais nas operadoras de planos privados de assistência à saúde e subsidiar a decisão de aplicação 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 aqui descrito.




Michelle Mello de Souza Rangel

Gerente

Gerência de Monitoramento Assistencial

De acordo em 16/10/12.



Martha Regina de Oliveira

Gerente-Geral

Gerência-Geral de Regulação Assistencial