

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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 Risco Assistencial 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

RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014

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 infraestrutura 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.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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

$\frac{\text{Número de internações hospitalares em beneficiários fora do período de carência}}{\text{Total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento}} \times 100$

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.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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 infraestrutura 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 Risco 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.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado $\leq 0,2 \times$ Mediana	0
$0,2 \times$ Mediana < Resultado < $0,7 \times$ Mediana	$\frac{\text{Resultado} - 0,2 \times \text{Mediana}}{0,7 \times \text{Mediana} - 0,2 \times \text{Mediana}}$
Resultado $\geq 0,7 \times$ Mediana	1

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.**

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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 infraestrutura 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.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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 Risco Assistencial será adotado como esperado um resultado igual ou superior a mediana do setor por porte.

Meta

Apresentar resultado maior ou igual à mediana do setor por porte no período de análise.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado < 0,04	0
$0,04 \leq \text{Resultado} < \text{Mediana}$	$\frac{\text{Resultado} - 0,04}{\text{Mediana} - 0,04}$
$\text{Mediana} \leq \text{Resultado}$	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.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

1.5 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.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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 < 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);

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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 infraestrutura 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.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

1.6 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 odontológica, 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.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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.

RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014

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:

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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 < Resultado < 0,125	$\frac{\text{Resultado}}{0,125}$
Resultado \geq 0,125	1

RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014

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 infraestrutura 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

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

1.7 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.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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 do 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
$0 < \text{Resultado} < 0,75 \times \text{Mediana}$	$\frac{\text{Resultado}}{0,75 \times \text{Mediana}}$
$\text{Resultado} \geq 0,75 \times \text{Mediana}$	1

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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 infraestrutura 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.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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

Conceituação

Pontuação bônus atribuída ao resultado da soma da pontuação de todas as Dimensões, 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 Risco 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: A pontuação final já acrescida 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 nos dois critérios, será considerado o maior percentual de pontuação bônus.

Critérios para a bonificação PROMOPREV

Pontuação bônus 1 - Resultado da Dimensão Assistencial * Peso da Dimensão Assistencial * 0,15

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 Risco Assistencial, ou ter o Formulário de Monitoramento (FM) do programa cadastrado aprovado até a data de corte, quando devido.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

Pontuação bônus 2 - Resultado da Dimensão Assistencial * Peso da Dimensão Assistencial * 0,25

Para obter esta pontuação, a operadora deverá ter:

Programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados ou inscritos com concessão de bonificação para estimular a adesão dos beneficiários. Na data de corte estabelecida para o processamento do Risco 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 cadastra os programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças junto à ANS e, também, utiliza a oferta de bonificação como estratégia para incentivar a adesão dos beneficiários elevando, assim, a pontuação no Risco Assistencial.

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.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

2 – DIMENSÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

2.1 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, coparticipação 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

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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 ≥ 70 dias	0
60 dias < Resultado < 70 dias	$\frac{\text{Resultado} - 60}{70 - 60}$
Resultado ≤ 60 dias	1

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

2.2 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

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

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 $L_{inf} = \text{média} - (1,654 \times \text{desvio-padrão})$, onde o valor de 1,654 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

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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 porte (pequeno, médio, grande), tipo de contratação (individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão), segmentação (Ambulatorial, Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia, Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia + Odontológico, Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia, Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia + Odontológico, Ambulatorial + Odontológico, Referência) e faixa etária (10 Faixas etárias - RN 63/2003).

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 < Resultado < 1	1 - Resultado
Resultado = 1	0

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

3 – DIMENSÃO ESTRUTURA E OPERAÇÃO

3.1 NÚMERO DE PONTOS NA AVALIAÇÃO DA GARANTIA DE ATENDIMENTO

Conceituação

Número de pontos da operadora na avaliação da Garantia de Atendimento, realizada pela AEMIN/PRESI, num determinado período de análise.

Método de Cálculo

O indicador representa o número de pontos da operadora na Avaliação da Garantia de Atendimento, realizada pela AEMIN/PRESI conforme a IN/DIPRO nº 42 de 26/02/2013, num determinado período de avaliação. Conforme definido no art.14 da IN/DIPRO nº42, o número de pontos varia de 0 a 4. No Risco Assistencial, será marcada com “Sem NIP IN/DIPRO 42” a operadora que não possuir nenhuma demanda nos termos da referida Instrução Normativa.

Serão marcadas com “Não se aplica” as operadoras que no período avaliativo se encontrarem em uma das seguintes situações: sem beneficiários, alienação compulsória, portabilidade especial, portabilidade extraordinária ou liquidação extrajudicial.

Sendo assim, os resultados possíveis para o indicador são:

Resultado do Indicador “Nº de pontos na Avaliação da Garantia de Atendimento”	Situação da operadora na Avaliação de Garantia de Atendimento da AEMIN/PRESI
Não se aplica	A operadora se encontra em uma das seguintes situações: sem beneficiários, alienação compulsória, portabilidade especial, portabilidade extraordinária ou liquidação extrajudicial.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

Resultado do Indicador “Nº de pontos na Avaliação da Garantia de Atendimento”	Situação da operadora na Avaliação de Garantia de Atendimento da AEMIN/PRESI
Sem NIP IN/DIPRO 42	A operadora não possui nenhuma demanda que se enquadre nos critérios da IN/DIPRO nº 42.
0	A operadora recebeu pontuação 0 no período de avaliação, conforme art.14 da IN/DIPRO nº 42.
1	A operadora recebeu pontuação 1 no período de avaliação, conforme art.14 da IN/DIPRO nº 42.
2	A operadora recebeu pontuação 2 no período de avaliação, conforme art.14 da IN/DIPRO nº 42.
3	A operadora recebeu pontuação 3 no período de avaliação, conforme art.14 da IN/DIPRO nº 42.
4	A operadora recebeu pontuação 4 no período de avaliação, conforme art.14 da IN/DIPRO nº 42.

Definições dos termos utilizados no indicador

A IN/DIPRO nº 42 de 26/02/2013 dispõe sobre o acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento dos beneficiários pelas operadoras de planos de assistência à saúde. Este acompanhamento é processado e realizado trimestralmente pela AEMIN/PRESI.

Para tal acompanhamento é calculado um indicador (IO) para cada operadora, baseado na quantidade de reclamações de beneficiários referentes aos prazos de atendimento da RN nº 259/11 e demais temas assistenciais da NIP, conforme descrito na ficha técnica anexa à IN/DIPRO nº 42 de 26/02/2013.

O art.11 da IN/DIPRO nº 42 de 26/02/2013 estabelece que:

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

"Art.11 De acordo com o resultado do IO no acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento, apurado no período de avaliação, as operadoras de plano de assistência à saúde serão posicionadas em relação à mediana, conforme segue:

I - faixa 0: resultado abaixo da mediana;

II - faixa 1: resultado maior ou igual a mediana e menor ou igual a 25% (vinte e cinco por cento) acima da mediana;

III - faixa 2: resultado maior que 25% (vinte e cinco por cento) e menor ou igual a 50% (cinquenta por cento) acima da mediana;

IV - faixa 3: resultado maior que 50% (cinquenta por cento) e menor ou igual a 75% (setenta e cinco por cento) acima da mediana; ou

V - faixa 4: resultado maior que 75% (setenta e cinco por cento) acima da mediana."

Finalmente, a partir das faixas acima é obtida a pontuação de cada operadora num determinado período de avaliação da garantia de atendimento, conforme estabelecido no artigo 14 da IN/DIPRO nº 42:

"Art.14 A partir do posicionamento da operadora de plano de assistência à saúde nos termos dos incisos I a V do art.11 desta IN, para cada período de avaliação será atribuída à operadora a seguinte pontuação:

I- faixa 0: 0 (zero);

II- faixa 1: 1 (um) ponto;

III- faixa 2: 2 (dois) pontos;

IV- faixa 3: 3 (três) pontos; ou

V- faixa 4: 4 (quatro) pontos."

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

Portanto, a pontuação definida no art.14 da IN/DIPRO nº 42 é utilizada como indicador no Risco Assistencial.

Interpretação do Indicador

A pontuação representa o posicionamento de cada operadora em relação ao mercado em que atua, tendo como parâmetro a mediana das reclamações de todas as operadoras do mesmo intervalo de beneficiários e tipo de atenção prestada, conforme critérios da IN/DIPRO nº 42.

Meta

Não ter nenhuma demanda de reclamação por não garantia de acesso e cobertura no período de análise, referente aos prazos máximos de atendimento ou aos demais temas assistenciais, processada no âmbito da Notificação de Investigação Preliminar - NIP.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Sem NIP - IN/DIPRO 42	1
Resultado = 0	0,75
$1 \leq \text{Resultado} \leq 3$	$\frac{3 - 0,75 * \text{Resultado}}{4}$
Resultado = 4	0

Fonte

A pontuação de cada operadora no acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento para um determinado período de avaliação é fornecida pela

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

AEMIN/PRESI, assim como a lista de operadoras em alienação compulsória, portabilidade especial, portabilidade extraordinária ou liquidação extrajudicial.

Segundo a ficha técnica anexa à IN/DIPRO nº42, as fontes dos dados são:

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

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

MS/ANS – Sistema de Cadastro de Operadoras (CADOP)

MS/ANS – Sistema de Registro de Planos de Saúde (RPS)

Limitações e vieses

Conforme descrito na ficha técnica anexa à IN/DIPRO nº 42, pode haver sub-registro das demandas de reclamações referentes a não garantia de atendimento, tendo em vista que muitos beneficiários não apresentam reclamações na ANS por diversos fatores. Em função disso, muitas reclamações são realizadas somente nos órgãos de defesa do consumidor. Esta situação poderá levar a ANS a avaliar apenas parte das situações de não garantia de atendimento nos termos da RN nº 259, de 2011, no âmbito dos planos privados de assistência à saúde.

Referências

RN nº 259 de 17/06/2011.

IN/DIPRO nº 42 de 26/02/2013.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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

RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014

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

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

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.

RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014

4.2 PROPORÇÃO DE INDICADORES COM PROBLEMA DE INFORMAÇÃO

Conceituação

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

Método de Cálculo

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

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 Risco 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.

RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014

Usos

Pontuar no Risco 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 – Risco 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.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

5 – DIMENSÃO RECLAMAÇÃO

5.1 ÍNDICE DE RECLAMAÇÕES

1. Introdução

A ANS tem, entre suas atribuições, o atendimento de demandas dos beneficiários de planos de saúde por informações, reclamações e denúncias referentes aos planos privados de saúde. Este atendimento pode ser realizado pelo Disque ANS, presencialmente nos Núcleos, por correio eletrônico ou correspondência.

O número de reclamações atendidas é utilizado na construção do Índice de Reclamações para permitir a comparação da atuação das operadoras do ponto de vista do consumidor que, ao julgar não ter tido respeitado seu direito, dirige-se a ANS para solicitar orientação, análise e julgamento da questão.

O Índice é a relação entre a média de reclamações dos beneficiários de planos privados de saúde contra uma operadora com registro ativo na ANS nos últimos seis meses e a média do número de beneficiários desta operadora no mesmo período.

Esse Índice é calculado e apresentado para grupos de operadoras segundo porte (pequeno – até 20 mil beneficiários, médio – de 20 a 100 mil beneficiários e grande – acima de 100 mil beneficiários) e para cada operadora individualmente.

2. Conceitos e definições

2.1. Índice de Reclamações

Número médio de reclamações nos seis meses anteriores para cada 10.000 beneficiários do universo de beneficiários analisado, segundo a fórmula:

$$\mathbf{IR = (R/B) \times 10.000}$$

Onde **IR** é o Índice de reclamações com base em seis meses;

R é o número de reclamações nos últimos seis meses;

B é a soma do número de beneficiários dos últimos seis meses.

RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014

2.2. Formas de apresentação do índice:

- Mensal: representa a média do número de reclamações nos seis meses anteriores para cada conjunto de 10.000 beneficiários. Assim, se o índice de reclamações das operadoras de grande porte é 0,53 em junho de 2012, significa que foram recebidas pela ANS, em média, entre janeiro e junho de 2012, 0,53 reclamações para cada grupo de 10.000 beneficiários destas operadoras nestes meses.

2.3. Reclamações

O Índice de Reclamações é calculado a partir do total de reclamações que a Agência recebe dos consumidores de planos privados de saúde. As reclamações podem ser feitas por meio do Disque ANS, correio eletrônico, correspondência ou presencialmente em um dos doze Núcleos de Atendimento da ANS espalhados pelo país.

São incluídas no cálculo:

- Reclamações procedentes sobre negativa de cobertura, encaminhadas e resolvidas como procedimento NIP (reparação voluntária e eficaz por parte da operadora). Em agosto de 2010, por meio da Resolução Normativa nº 226, a ANS instituiu o procedimento de Notificação de Investigação Preliminar (NIP), que permite a solução mais rápida dos conflitos entre consumidores e operadoras no caso de reclamações em que a operadora nega a um consumidor o direito de realizar um exame ou um procedimento previsto em seu contrato (negativa de cobertura). Ao receber uma reclamação dessa natureza, a ANS entra em contato com a operadora para solucionar o problema. Caso seja resolvida, a reclamação não é encaminhada para apuração.
- Reclamações procedentes sobre negativa de cobertura, encaminhadas ao procedimento NIP, sem solução (sem resposta ou com manutenção da negativa) encaminhadas aos Núcleos para análise.
- Reclamações procedentes sobre outros temas, encaminhadas diretamente aos Núcleos para análise.

RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014

- Reclamações cuja apuração encontra-se em andamento. Estas reclamações, por não estarem finalizadas e classificadas, podem incluir demandas procedentes, improcedentes e não aplicáveis. Caso as demandas sejam, posteriormente, classificadas como improcedentes, serão retiradas do cálculo no processamento seguinte.

São excluídas do cálculo:

- Reclamações julgadas não procedentes por meio do procedimento da NIP.
- Reclamações de beneficiários que não eram da operadora (não identificadas corretamente no ato da reclamação).

2.4. Beneficiário

Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

O termo beneficiário refere-se ao vínculo de uma pessoa a um determinado plano de saúde de uma determinada operadora. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde.

O número de beneficiários ativos é calculado utilizando as datas de contratação e cancelamento (rescisão) do plano de saúde atual do beneficiário, informadas ao Sistema de Informações de Beneficiários (SIB). Este procedimento garante que todo beneficiário será computado, independentemente do momento em que a operadora envia o cadastro à ANS. Por outro lado, faz com que a informação seja permanentemente atualizada, tornando-a sempre provisória.

No índice de reclamações utiliza-se o número de beneficiários dos seis meses anteriores ao mês de referência do Índice.

3. Universo de operadoras analisadas

O cálculo do Índice de Reclamações é feito para as operadoras com registro ativo na ANS que tenham em média mais de 100 beneficiários no seis meses considerados.

**RISCO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2014**

4. Periodicidade de atualização

O Índice de Reclamações é atualizado mensalmente e apresentado para os últimos 24 meses com possibilidade de revisão dos índices já divulgados em razão de reprocessamento para todas as competências, com cálculo retroativo para todo o período apresentado (em razão dos ajustes nos números de beneficiários e de reclamações consideradas procedentes).

5. Meta

A meta é atingir resultado igual a zero no indicador, ou seja, não ter nenhuma demanda de reclamação no período de análise.

6. Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Resultado \geq 3º quartil	0
$0 <$ Resultado $<$ 3º quartil	$1 - \frac{\text{resultado}}{\text{3º quartil}}$
Resultado = 0	1