

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

1 – DIMENSÃO ASSISTENCIAL

1.1 NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS POR BENEFICIÁRIO

Conceituação

Número de Consultas Médicas Ambulatoriais por beneficiário da operadora fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Método de Cálculo

Número de Consultas Médicas Ambulatoriais
Total de beneficiários fora do período de carência para Consultas Médicas Ambulatoriais

Definição de termos utilizados no Indicador

- **Numerador:** total de Consultas Médicas Ambulatoriais realizadas pela operadora identificadas no Sistema de Informações de Produtos – SIP, no período de análise.
- **Denominador:** total de beneficiários fora do período de carência para Consultas Médicas Ambulatoriais identificados no SIP, no mesmo período.

Fonte e critérios de seleção de variáveis

As variáveis do numerador e denominador serão selecionadas a partir do Sistema de Informações dos Produtos - SIP.

- **Numerador:**
 - **Variável:** Item A. “Consultas médicas”; subitem 1. “Consultas médicas ambulatoriais”; coluna II (Eventos ocorridos).

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

- **Denominador:**

- **Variável:** Item A. “Consultas Médicas”; subitem 1. “Consultas médicas ambulatoriais”; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência).

Interpretação do Indicador

Mede a disponibilidade de consultas médicas ambulatoriais, por beneficiário.

Apona situações de dificuldade de acesso à assistência à saúde adequada dos beneficiários, uma vez que a consulta corresponde à porta de entrada para os demais serviços.

Usos

Acompanhar a coerência da produção assistencial das operadoras quanto às consultas médicas, verificando possíveis situações de restrição do acesso e redução de assistência à saúde dos beneficiários.

Analisar o acesso e cobertura à consulta médica, 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.

Subsidiar 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 às consultas médicas.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002, estima a necessidade de 3 consultas médicas/pessoa/ano. A média de consultas médicas por beneficiário no

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

setor suplementar informada pelas operadoras no Sistema de Informações de Produtos – SIP tem se mantido em torno de 5 consultas médicas/beneficiário/ano.

Essa portaria estabelece que 15% das consultas são de urgência e emergência. Dessa forma, será utilizado para o Monitoramento Assistencial o parâmetro de 85% de Consultas Médicas, como o total de Consultas Médicas Ambulatoriais. Para o cálculo do valor da pontuação do indicador, o parâmetro anual do indicador fica entre 2,55 a 4,25 consultas médicas ambulatoriais por beneficiário e o trimestral fica 0,6375 a 1,0625. Será adotado como valor inconsistente quatro vezes o parâmetro máximo (17 consultas médicas ambulatoriais/beneficiário/ano).

Meta

Apresentar um resultado igual ou maior que 1,0625 e menor que 2,125 consultas médicas ambulatoriais/beneficiário/trimestre.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado < 0,6375 ou Resultado ≥ 2,125	0
$0,6375 \leq \text{Resultado} < 1,0625$	$0 < \frac{\text{resultado} - 0,6375}{1,0625 - 0,6375} < 1$
$1,0625 \leq \text{Resultado} < 2,125$	1

Limitações e Vieses

Por apresentar o resultado como um valor médio, o indicador é influenciado pela contagem cumulativa de consultas médicas em um mesmo beneficiário no período considerado, podendo levar à sua superestimação.

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

Considerando as informações mencionadas anteriormente acerca do uso desse indicador, e que serve para estimar a frequência de utilização do procedimento, o mesmo não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada por uma determinada operadora.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Dados eletrônicos. Rio de Janeiro: ANS, set. 2010. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. ° 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.

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

1.2 NÚMERO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR BENEFICIÁRIO

Conceituação

Número de internações hospitalares por beneficiário da operadora fora do período de carência para internações hospitalares, no período considerado.

Método de Cálculo

Número de internações hospitalares
Total de beneficiários fora do período de carência para internações hospitalares

Definição de termos utilizados no Indicador

- **Numerador** - número de internações hospitalares da operadora identificadas no Sistema de Informações dos Produtos - SIP, em um período.
- **Denominador** - beneficiários fora do período de carência para internações hospitalares identificados no SIP, no mesmo período.

Fonte e critérios de seleção de variáveis

As variáveis do numerador e do denominador serão selecionadas a partir do Sistema de Informações dos Produtos – SIP

- **Numerador:**
 - **Variável:** Item E. Internações – Regime de internação – 1. Hospitalar - coluna II (Eventos ocorridos).
- **Denominador:**
 - **Variável:** Item E. Internações – Regime de internação – 1. Hospitalar - coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência).

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

Interpretação do Indicador

Mede a relação entre a produção de internações hospitalares e a população beneficiária. Aponta situações de dificuldade de assistência à saúde adequada aos beneficiários por indisponibilidade de leitos para internações, podendo a redução de internações ser devida ao compartilhamento de rede de prestadores ou pela existência de barreiras ao acesso. A produção elevada de internações hospitalares pode apontar a incapacidade da operadora em evitar parte das internações hospitalares por meio do controle de beneficiários com doenças crônicas e deixar de desenvolver ações efetivas de prevenção de riscos e doenças.

Usos

Acompanhar a coerência da produção assistencial das operadoras quanto às internações hospitalares, verificando a adequação do volume de internações às necessidades da população beneficiária.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação da assistência médico-hospitalar no setor suplementar.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

Meta

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

**MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011**

Pontuação

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

Limitações e Vieses

A fidedignidade do indicador depende da qualidade dos dados enviados pelas operadoras.

O indicador pode ser influenciado pela contagem cumulativa de internações hospitalares de um mesmo beneficiário, no período analisado.

Considerando as informações mencionadas anteriormente acerca do uso deste indicador e que este serve para estimar a frequência de utilização deste procedimento, o mesmo não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada por uma determinada operadora.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Dados eletrônicos. Rio de Janeiro: ANS, set. 2010. 64p.

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.

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

1.3 PRODUÇÃO DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

Conceituação

Razão entre Internações psiquiátricas efetivamente realizadas (observadas) e Internações psiquiátricas estimadas como necessárias (esperadas) no período considerado.

Método de Cálculo

Número de Internações psiquiátricas observadas
Número de Internações psiquiátricas esperadas

Definição de termos utilizados no Indicador

- **Numerador:** total de eventos de Internações psiquiátricas informadas pela operadora no Sistema de Informação dos Produtos – SIP no período.
- **Denominador:** total de Internações psiquiátricas esperadas conforme parâmetro do Ministério da Saúde de que as internações psiquiátricas devem representar 3,5% das internações, ou seja: Internações informadas no SIP no mesmo período x 0,035.

Fonte e critérios de seleção de variáveis

As variáveis do numerador e denominador serão coletadas no Sistema de Informações dos Produtos – SIP/ANS.

- **Numerador:**
 - **Variável:** Item E. “Internações”; subitem 5. “Psiquiátrica”; coluna II (Eventos ocorridos).

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

- **Denominador:**

- **Variável:** Item E. “Internações”; coluna II (Eventos ocorridos).

Interpretação do Indicador

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

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

A produção elevada de internações psiquiátricas 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 psiquiátricas, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de alta complexidade.

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

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

Parâmetros e Dados Estatísticos

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002, parametrizou que o número de internações psiquiátricas deve ser de pelo menos 3,5% das internações hospitalares.

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

Meta

Apresentar um resultado do indicador igual ou superior a 1, que indica o atingimento do número esperado de internações psiquiátricas.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado = 0	0
$0 < \text{Resultado} < 1$	Resultado
Resultado ≥ 1	1

Limitações e Vieses

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

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Dados eletrônicos. Rio de Janeiro: ANS, set. 2010.

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.

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

1.4 PRODUÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

Conceituação

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

Método de Cálculo

Número de Sessões de quimioterapia sistêmica observadas
Número de Sessões de quimioterapia sistêmica esperadas

Definição de termos utilizados no Indicador

- **Numerador:** número de sessões de quimioterapia sistêmica identificados no Sistema de Informações dos Produtos - SIP, em um período.
- **Denominador:** total de sessões de quimioterapia sistêmica esperadas conforme parâmetro do Ministério da Saúde de que as sessões de quimioterapia sistêmica devem representar 0,07% das consultas médicas, ou seja: Consultas Médicas realizadas, identificadas no SIP, no mesmo período, multiplicado por 0,0007.

Fonte e critérios de seleção de variáveis

As variáveis do numerador e denominador serão selecionadas a partir do Sistema de Informações dos Produtos - SIP.

- **Numerador:**

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

- **Variável:** Item D (Terapias); subitem 2, “Sessões de quimioterapia sistêmica”; coluna II (Eventos ocorridos).

- **Denominador:**

- **Variável:** Item A “Consultas Médicas”; coluna II (Eventos ocorridos).

Interpretação do Indicador

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

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

Usos

Avaliar a evolução da realização de sessões de quimioterapia, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de tratamento de neoplasias.

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

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

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 a Sessões de quimioterapia sistêmica para o tratamento de Câncer.

Parâmetros e Dados Estatísticos

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% a 0,027% do total das Consultas Médicas, no ano.

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

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

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.

Para o Monitoramento Assistencial foi adotado o parâmetro 0,07%.

Meta

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

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado = 0	0
$0 < \text{Resultado} < 1$	Resultado
Resultado ≥ 1	1

Limitações e Vieses

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

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

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

Bibliografia

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

**MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011**

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.

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

1.5 ÍNDICE DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Conceituação

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

Método de Cálculo

Número de Exames de Ressonância Magnética
Número de Consultas Médicas

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.

Fonte e critérios de seleção de variáveis

As variáveis do numerador e denominador serão selecionadas a partir do Sistema de Informações dos Produtos - SIP.

- **Numerador:**
 - **Variável:** Item C. "Exames"; sub item 1. "Ressonância Magnética"; coluna II (Eventos ocorridos).
- **Denominador:**
 - **Variável:** Item A. "Consultas Médicas"; coluna II (Eventos ocorridos).

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

Interpretação do Indicador

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

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

Usos

Acompanha a coerência da produção assistencial das operadoras quanto à indicação do exame Ressonância Magnética para diagnóstico e acompanhamento, verificando possíveis situações de restrição do acesso e redução de assistência à saúde dos beneficiários.

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

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

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

Parâmetros e Dados Estatísticos

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

Como a saúde suplementar apresenta produção superior, para o Monitoramento Assistencial será adotado como esperado um resultado entre a mediana e o limite superior do boxplot do setor.

**MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011**

Meta

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

Pontuação

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

Limitações e Vieses

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

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

Bibliografia

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.

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

1.6 PRODUÇÃO DE HEMODIÁLISE CRÔNICA

Conceituação

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

Método de Cálculo

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

Definição de termos utilizados no Indicador

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

Fonte e critérios de seleção de variáveis

As variáveis do numerador e denominador serão selecionadas a partir do Sistema de Informações dos Produtos - SIP.

- **Numerador:**
 - **Variável:** Item D (Terapias); subitem 5, Sessões de Hemodiálise Crônica; coluna II (Eventos ocorridos).

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

- **Denominador:**

- **Variável:** Item A (Consultas Médicas); coluna II (Eventos ocorridos).

Interpretação do Indicador

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

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

Usos

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

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

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

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

Parâmetros e Dados Estatísticos

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

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

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

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

Meta

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

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado = 0	0
$0 < \text{Resultado} < 1$	Resultado
Resultado ≥ 1	1

Limitações e Vieses

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

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

Bibliografia

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.

**MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011**

1.7 PROPORÇÃO DE CONSULTA MÉDICA EM PRONTO SOCORRO

Conceituação

Proporção de Consultas médicas em Pronto Socorro em relação ao total de Consultas Médicas realizadas pela operadora no período considerado.

Método de Cálculo

Número de Consultas Médicas em Pronto Socorro	X 100
Número de Consultas Médicas	

Definição de termos utilizados no Indicador

- **Numerador:** total de eventos Consultas médicas em Pronto Socorro identificados no Sistema de Informação dos Produtos – SIP, em um período.
- **Denominador:** total de Consultas Médicas realizadas, identificadas no SIP, no mesmo período.

Fonte e critérios de seleção de variáveis

As variáveis do numerador e denominador serão selecionadas a partir do Sistema de Informações dos Produtos - SIP.

- **Numerador:**
 - **Variável:** Item A. "Consultas médicas"; subitem 2. "Consultas médicas em Pronto Socorro"; coluna II (Eventos ocorridos).
- **Denominador:**
 - **Variável:** Item A "Consultas Médicas"; coluna II (Eventos ocorridos).

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

Interpretação do Indicador

A procura excessiva pelo atendimento em pronto socorro pode apontar indícios de atendimento precário, demora na marcação de atendimento ou na realização de exames laboratoriais e radiológicos, além de oferta insuficiente de prestadores na rede credenciada. Nesse caso, diante da dificuldade na marcação de consulta médica ambulatorial ou na presença de sinais e sintomas de problemas agudos, o beneficiário tende a procurar de maneira mais frequente o atendimento em serviços de pronto socorro.

Usos

Acompanhar a coerência da produção assistencial das operadoras quanto às consultas, verificando possíveis situações de redução de assistência à saúde dos beneficiários.

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 decorram de situações de urgência e emergência.

Meta

Apresentar uma proporção entre 5% e 20% de Consultas Médicas em Pronto Socorro em relação ao total de Consultas Médicas. O parâmetro inferior de 5% foi estabelecido, considerando as situações de urgência e emergência não preveníveis por ações de iniciativa da operadora.

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

Pontuação

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

Limitações e Vieses

A fidedignidade do indicador depende da qualidade dos dados enviados pelas operadoras. As consultas em pronto-socorro podem ser identificadas por meio de código específico da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS. No entanto, operadoras que não identifiquem adequadamente a consulta médica em pronto socorro podem vir a subestimar o seu registro e, por consequência, a proporção apresentada como resultado do indicador.

Considerando as informações mencionadas anteriormente acerca do uso deste indicador e que este serve para estimar a frequência de utilização deste procedimento, o mesmo não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada por uma determinada operadora.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Dados eletrônicos. Rio de Janeiro: ANS, set. 2010. 64p.

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.

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

1.8 NÚMERO DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS INICIAIS POR BENEFICIÁRIO

Conceituação

Número 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
Total de beneficiários fora do período de carência para consultas odontológicas iniciais

Definição de termos utilizados no indicador

- **Numerador** - total de Consultas Odontológicas Iniciais realizadas pela operadora identificadas no Sistema de Informações de Produtos – SIP, no período de análise.
- **Denominador** - total de beneficiários fora do período de carência para Consultas Odontológicas Iniciais identificados no SIP, no mesmo período.

Fonte e critérios de seleção de variáveis

As variáveis do numerador e denominador serão selecionadas a partir do Sistema de Informações dos Produtos - SIP.

- **Numerador:**
 - **Variável:** Item I. "Procedimentos Odontológicos"; subitem 1. "Consultas odontológicas iniciais"; coluna II (Eventos ocorridos).

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

- **Denominador:**

- **Variável:** Item I. “Procedimentos Odontológicos”; subitem 1. “Consultas odontológicas iniciais”; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência).

Interpretação do indicador

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

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

Usos

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

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

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

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

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

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

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

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O parâmetro utilizado para o indicador Consultas Odontológicas Iniciais baseia-se na necessidade de tratamento individual das principais doenças bucais verificado no inquérito *Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira* desenvolvido pelo Ministério da Saúde para avaliar os principais agravos bucais em diferentes grupos etários da população brasileira.

Essa pesquisa indicou que 62,82 indivíduos em 100 necessitam de tratamento odontológico. Assim como no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, para o Monitoramento Assistencial a meta estabelecida é a realização de 0,50 consulta inicial/beneficiário/ano, ampliando e qualificando o acesso à assistência odontológica suplementar por meio da consulta odontológica inicial. Considerando a utilização de dados trimestrais, o parâmetro equivalente é de 0,125 consulta inicial/beneficiário/trimestre.

Meta

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

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

Pontuação

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

Limitações e vieses

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

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

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

Referências

BRASIL. Portaria MS 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. Portaria MS 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.**

**MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011**

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **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.

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

1.9 PROPORÇÃO DE PRÓTESES ODONTOLÓGICAS UNITÁRIAS

Conceituação

Proporção de Próteses odontológicas unitárias em relação ao total de Procedimentos odontológicos, no período considerado.

Método de Cálculo

Número de Próteses odontológicas unitárias	X 100
Número de Procedimentos odontológicos	

Definição de termos utilizados no Indicador

- **Numerador:** total de eventos Próteses odontológicas unitárias identificadas no Sistema de Informação dos Produtos – SIP, em um período.
- **Denominador:** total de Procedimentos odontológicos realizados, identificados no SIP, no mesmo período.

Fonte e critérios de seleção de variáveis

As variáveis do numerador e denominador serão selecionadas a partir do Sistema de Informações dos Produtos - SIP.

- **Numerador:**
 - **Variável:** Item I. "Procedimentos Odontológicos"; subitem 11. "Próteses odontológicas unitárias (Coroa Total e Restauração Metálica Fundida)"; coluna II (Eventos ocorridos).

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

- **Denominador:**

- **Variável:** Item I. "Procedimentos Odontológicos"; coluna II (Eventos ocorridos).

Interpretação do Indicador

Estima o percentual de próteses odontológicas unitárias, em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados no período.

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

Usos

Analisar o acesso e a cobertura de próteses odontológicas unitárias, 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 parametrizar a proporção de Próteses odontológicas unitárias em relação ao total de procedimentos odontológicos foi adotada a mediana do setor.

Meta

Atingir um resultado maior ou igual à mediana do setor.

**MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011**

Pontuação

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

Limitações e vieses

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

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

Referências

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **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.

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

2 – DIMENSÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

2.1 PRAZO MÉDIO PAGAMENTO DE EVENTOS - PMPE

Conceituação

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

Método de Cálculo

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

Definição dos termos utilizados no indicador

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

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

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

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

Interpretação do Indicador

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O parâmetro é dado pelo prazo de 60 dias.

Meta

Atingir resultado menor ou igual a 60 dias.

Pontuação

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

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

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.

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

2.2 ÍNDICE DE DESPESA ASSISTENCIAL

Conceituação

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

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Eventos Indenizáveis Líquidos ou Sinistros Retidos}}{\text{Contraprestações Efetivas ou Prêmios Ganhos de Planos de Assistência à Saúde}} \times 100$$

Definição dos termos utilizados no indicador

- **Numerador:** total de despesa assistencial efetivamente incorrida informada no DIOPS/ANS no período de análise;
- **Denominador:** total de receita auferida efetivamente ganha em função da contratação dos serviços de assistência à saúde por parte dos beneficiários informada no DIOPS/ANS no período de análise.

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.

**MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011**

Interpretação do Indicador

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O parâmetro é dado pelos quartis do indicador em cada grupo de análise (MH – Médico-hospitalar com ou sem odontologia ou OD – exclusivamente odontológica).

Meta

Atingir resultado maior ou igual ao 1º quartil e menor ou igual ao 3º quartil do grupo de análise (MH ou OD).

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de informação ou Resultado < 1º Quartil ou Resultado ≥ 100%	0
3º Quartil < Resultado < 100%	$1 - \left(\frac{\text{resultado} - 3^\circ \text{quartil}}{1 - 3^\circ \text{quartil}} \right)$
1º Quartil ≤ Resultado ≤ 3º Quartil	1

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

Fontes

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

Limitações e vieses

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

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

Referências

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

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

Conceituação

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

Método de Cálculo

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

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 $L_{inf} = \text{média} - (1,6454 \times \text{desvio-padrão})$, onde o valor de 1,6454 corresponde ao valor de z, para o intervalo de confiança de 90%.
- **Denominador:** total de notas técnicas de registro de produto (NTRP's) enviadas pela operadora no período de análise.

Interpretação do Indicador

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

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

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

Meta

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

Pontuação

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

Fonte

ANS – Nota Técnica de Registro de Produtos (NTRP)

**MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011**

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.

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

3 – DIMENSÃO ESTRUTURA E OPERAÇÃO

3.1 DISPERSÃO DA REDE ASSISTENCIAL MÉDICO-HOSPITALAR

Conceituação

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

Método de Cálculo

nº de municípios com indicação de prestador hospitalar	x 100
nº de municípios com previsão de cobertura assistencial hospitalar	

Definição de termos utilizados no Indicador

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

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

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

Situações excetuadas:

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

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

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

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

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

Interpretação do Indicador

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

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

Usos

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

Meta

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

Pontuação

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

Fonte

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

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

MS/DATASUS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Limitações e Vieses

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

**MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011**

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

Referências

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

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

RN nº. 100, de 3 de junho de 2005.

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

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

3.2 DISPERSÃO DE PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

Conceituação

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

Método de Cálculo

Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial com disponibilidade de procedimentos e serviços básicos de saúde	x 100
Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial	

Definição de termos utilizados no Indicador

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

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

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

Municípios com disponibilidade de procedimentos e serviços básicos de saúde: Quantidade de municípios com indicação de prestadores na rede assistencial da operadora com disponibilidade dos 6 procedimentos ou serviços básicos de saúde. Para os planos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional, serão contabilizados os municípios contidos em cada UF.

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

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

Situações excetuadas:

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

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

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

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

Interpretação do Indicador

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

Usos

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

As operadoras exclusivamente odontológicas não terão avaliação neste indicador.

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

Meta

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

Pontuação

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

Fonte

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

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

MS/DATASUS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Limitações e Vieses

4. O indicador não avalia a indisponibilidade local dos prestadores;
5. O indicador não avalia a dispersão geográfica, quanto à disponibilidade de prestadores em municípios limítrofes;
6. Problemas referentes a qualidade de preenchimento e cobertura do CNES.

Referências

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

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

RN nº. 100, de 3 de junho de 2005.

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

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

3.3 DISPERSÃO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24 HORAS

Conceituação

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

Método de Cálculo

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

Definição de termos utilizados no Indicador

Municípios que disponibilizam serviços de Urgência e Emergência 24 horas:

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

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

Situações excetuadas: Serão contabilizados neste indicador apenas os municípios com mais de 300 beneficiários vinculados a planos não exclusivamente odontológicos.

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

Apenas os municípios que apresentam rede assistencial com oferta de serviços de Urgência e Emergência 24 horas em prestadores hospitalares ou Não-Hospitalares, identificados a partir do cadastro dos prestadores no RPS e com confirmação da disponibilidade destes serviços no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde -

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

CNES/DATASUS/MS, serão contabilizados no numerador. Além disso, a disponibilidade destes serviços será verificada a partir da informação do CNES referente aos prestadores informados pelas Operadoras no RPS. Quando este cadastro não estiver informado, mas o prestador existir no CNES, serão considerados os CNPJ informados neste sistema para identificar e contabilizar a disponibilidade dos mesmos.

Interpretação do Indicador

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

Usos

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

As operadoras exclusivamente odontológicas não terão avaliação neste indicador.

Meta

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

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

Pontuação

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

Fonte

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

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

MS/DATASUS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Limitações e Vieses

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

Referências

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

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

RN nº. 100, de 3 de junho de 2005.

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

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

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

3.4 TAXA DE SOLICITAÇÕES DE ABERTURA DE PROCESSO DE DLP PARA CADA 10.000 BENEFICIÁRIOS

Conceituação

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

Método de Cálculo

Nº de solicitações de abertura de processos de alegação de DLP no período	x 10.000
Média de beneficiários no período	

Definição de termos utilizados no Indicador

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

Interpretação do Indicador

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

Usos

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

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

Meta

Não ter solicitação de abertura de processo de DLP no período analisado.

Pontuação

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

Fonte

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

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

Limitações e Vieses

O envio de mais de uma solicitação de abertura para o mesmo beneficiário, tendo em vista que se a operadora não enviar a documentação completa para abertura do processo de DLP a solicitação será arquivada, e a operadora poderá solicitar nova abertura apresentando a documentação correta.

Referências

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

**MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011**

3.5 DISPERSÃO DA REDE ASSISTENCIAL EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA

Conceituação

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

Método de Cálculo

nº de municípios com indicação de prestador odontológico	x 100
nº de municípios com previsão de cobertura assistencial odontológica	

Definição de termos utilizados no Indicador

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

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

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

Situações excetuadas:

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

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

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

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

Interpretação do Indicador

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

Usos

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

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

Meta

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

Pontuação

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

Fonte

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

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

MS/DATASUS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Limitações e Vieses

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

Referências

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

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

**MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011**

RN nº. 100, de 3 de junho de 2005.

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

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

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 de Beneficiários (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

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

Definição de termos utilizados no Indicador

Envio SIP/SIB/DIOPS: número de envios periódicos desses dados pela operadora à ANS, no ano de análise, dentro dos prazos para as competências estabelecidas nos normativos vigentes. Para o SIB, SIP e DIOPS são esperados 12, 4 e 4 envios por ano de análise, respectivamente.

Observação: A partir do ano base de análise 2010 as autogestões por RH estão desobrigadas do envio dos dados do DIOPS. Portanto, os envios trimestrais deste sistema não se incluem na fórmula acima.

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

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

O parâmetro é o envio de 100% das informações devidas à ANS no prazo estabelecido.

Meta

Cumprimento das obrigações devidas em 100%.

Pontuação

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

Fonte

MS/ANS – DIOPS

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

MS/ANS – Sistema Cadastro de Operadoras

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

**MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO
FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011**

Limitações e Vieses

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

Referências

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

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

4.2 PROPORÇÃO DE INDICADORES COM PROBLEMA DE INFORMAÇÃO

Conceituação

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

Método de Cálculo

Total de indicadores com problema de informação no Monitoramento Assistencial da GMOA	x 100
Total de indicadores aplicáveis à operadora	

Definição de termos utilizados no Indicador

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

Interpretação do Indicador

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

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

Usos

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

Meta

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

Pontuação

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

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

Limitações e Vieses

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

Referências

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

5 – DIMENSÃO RECLAMAÇÃO

5.1 ÍNDICE DE NIP - NOTIFICAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO PRELIMINAR

Conceituação

Representa o total de demandas da operadora na NIP – Notificação de Investigação Preliminar para cada 100 beneficiários da operadora, no período de análise.

Método de Cálculo

Número de demandas da operadora na NIP - Notificação de Investigação Preliminar no período analisado, exceto as que estão em andamento ou que foram julgadas improcedentes	x 100
Média de Beneficiários no período de análise	

Definição de termos utilizados no Indicador

- **Numerador** - número de demandas de NIP da operadora identificadas no Sistema de Informações da Fiscalização - SIF, no período de análise, excluindo as NIP's que ainda estão em andamento ou que foram julgadas como improcedentes.
- **Denominador** - beneficiários informados pelas operadoras ao Sistema de Informações de Beneficiários - SIB, no mesmo período.

Interpretação do Indicador

Aponta se a operadora está permitindo o acesso dos beneficiários às coberturas contratadas, e conseqüentemente seu grau de satisfação. Mesmo nos casos em que a reclamação é improcedente pode-se inferir que há assimetria de informação.

Usos

Permite comparar a atuação das diversas operadoras e classificá-las segundo a existência de demandas referentes à negativa de cobertura assistencial.

MONITORAMENTO ASSISTENCIAL – GMOA/GGRAS/DIPRO FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES - PROCESSAMENTO DEZEMBRO/2011

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

Meta

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

Pontuação

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

Fonte

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

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

Limitações e Vieses

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

Referências

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ÍNDICE DE RECLAMAÇÕES – NOTA TÉCNICA

JUNHO 2011

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 o total de reclamações dos beneficiários de planos privados de saúde contra uma operadora com registro ativo na ANS e o número de beneficiários desta operadora.

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 de reclamações para cada 10.000 beneficiários do universo de beneficiários analisado, segundo a fórmula:

$$IR = (R/B) \times 10.000$$

IR – Índice de Reclamações

R – Número de reclamações

B – Número de beneficiários

2.2. Formas de apresentação do índice:

- Mensal: representa o número de reclamações no mês corrente para cada conjunto de 10.000 beneficiários. Assim, se o índice de reclamações das operadoras de grande porte é 0,53 em março de 2011, significa que foram recebidas pela ANS 0,53 reclamações para cada grupo de 10.000 beneficiários destas operadoras neste mês.
- Acumulado no ano: representa o número de reclamações no ano corrente (de janeiro até o mês corrente) para cada conjunto de 10.000 beneficiários. Por exemplo, se o índice acumulado em março das operadoras de médio porte é 3,19 significa que de janeiro a março de 2011 foram recebidas 3,19 reclamações para um grupo de 10.000 beneficiários de operadoras de médio porte.

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 com o 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.

São excluídas do cálculo:

- Reclamações julgadas não procedentes por meio do procedimento da NIP.

O índice calculado até fevereiro de 2011 não incluía as reclamações solucionadas pela NIP recebidas pela ANS no período analisado. O atual método foi adotado a partir de março de 2011, com cálculo e reclassificação retroativos a outubro de 2010.

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 um 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 adesão (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 do mês anterior 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 mais de 100 beneficiários no mês considerado.

4. Periodicidade de atualização

O Índice de Reclamações é atualizado mensalmente e apresentado para os últimos seis meses com possibilidade revisão dos índices já divulgados em razão da revisão do número de beneficiários.