

Anexo I - Descrição das Metodologias do Risco Assistencial

Monitoramento Assistencial (2011-2016)¹

O processo de Monitoramento Assistencial, como já mencionado, foi desenvolvido em função da necessidade de monitorar a atuação das operadoras no que tange à assistência prestada aos beneficiários, averiguar informações relacionadas aos produtos, constatar anormalidades assistenciais e traçar um diagnóstico que possibilitasse analisar a atenção prestada aos beneficiários em conformidade com as exigências da ANS e com os produtos contratados. A metodologia adotada em 2011 buscava definir critérios para o processo de seleção das operadoras para a realização das visitas técnicas assistenciais.

O processo, no entanto, não foi objeto de normatização, sendo os aspectos metodológicos do programa descritos em Notas Técnicas, publicadas a cada ciclo de processamento.

Os resultados de cada operadora eram compilados em um documento chamado Prontuário de Risco Assistencial, no qual a operadora visualizava seus resultados por indicador e dimensão, gráficos de evolução, etc. Tais informações permitiam à operadora acompanhar seu desempenho nos itens avaliados. Os resultados do Monitoramento do Risco Assistencial eram divulgados somente para a própria operadora no portal da ANS com acesso por *login* e senha.

Por ocasião da publicação dos resultados também eram publicados os seguintes documentos: Nota Técnica versando sobre Operacionalização do Monitoramento Remoto - Operacionalização do Risco Assistencial; Nota Técnica contendo os critérios de Priorização para realização de Visita Técnica Assistencial; e as Fichas Técnicas dos Indicadores do Risco Assistencial. A cada ciclo, esse conjunto de documentos era publicado no portal da ANS.

¹ Texto elaborado com base nas Notas Técnicas: Nota Técnica nº 20 GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS, Nota Técnica nº 21 GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS, Nota Técnica nº 22 GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS, Nota Técnica nº 23 GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS, Nota Técnica nº 113/2011/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS, Nota Técnica nº 162/2012/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS, Nota Técnica nº 172/2012/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS, Nota Técnica nº 208/2012/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS, Nota Técnica Nº 67/2013/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS, Nota Técnica Nº 184/2013/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS, Nota Técnica Nº 367/2014/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS, Nota Técnica Nº 417/2014/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS, Nota Técnica Nº 622/2014/DIPRO, Nota Técnica Nº 02/2015/DIPRO, Nota Técnica Nº 66/2015/DIPRO, Nota Técnica Nº 84/2015/DIPRO, Nota Técnica Nº 182/2015/DIPRO e Nota Técnica Nº 55/2016/GMOA/GGRAS/DIPRO.

1 – Metodologia

Em linhas gerais, a metodologia inicialmente adotada para o Monitoramento Assistencial consistia na utilização de um conjunto de indicadores, calculados a partir de dados coletados nos diversos sistemas da ANS, com vistas a captar indícios de risco assistencial nas operadoras.

Para uma melhor identificação do risco fez-se necessária a análise em separado das operadoras Médico-Hospitalares (MH) e das exclusivamente odontológicas (OD), tendo em vista que a natureza dos riscos enfrentados para a continuidade e qualidade dos serviços prestados é essencialmente distinta. Dessa forma, para a definição dos indicadores, foi inicialmente realizado um levantamento dos sistemas existentes e uma análise dos dados neles contidos com o intuito de avaliar quais seriam relevantes para indicar a possível existência de risco assistencial nas operadoras e, em seguida, em conjunto com técnicos de todas as gerências da DIPRO, chegou-se a um conjunto de 21 indicadores (Tabela 1), totalizando 20 indicadores aplicáveis às operadoras MH e nove às operadoras OD. Os 21 indicadores foram agrupados em cinco grandes dimensões a saber:

- Assistencial: voltada para a avaliação da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de saúde;
- Estrutura e Operação: responsável para avaliação da estruturação técnico-assistencial da rede de prestadores de serviços, e a adequação dos mecanismos utilizados pela operadora para a regulação do acesso aos serviços;
- Econômico-financeira: trata da avaliação das premissas econômico-financeiras e atuariais relacionadas à precificação dos produtos;
- Informação: avalia a regularidade e a consistência das informações obrigatórias enviadas à ANS;
- Reclamação: quantifica as reclamações efetuadas pelos beneficiários junto à ANS.

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

Tabela 1- Lista dos indicadores por dimensão e grupo de análise

Dimensão	Indicador	Grupo MH	Grupo OD
Assistencial	Número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário	SIM	NÃO
	Número de internações hospitalares por beneficiário	SIM	NÃO
	Proporção de consulta médica em pronto socorro	SIM	NÃO
	Produção de ressonâncias magnéticas	SIM	NÃO
	Produção de hemodiálise crônica	SIM	NÃO

Dimensão	Indicador	Grupo MH	Grupo OD
	Produção de internações psiquiátricas	SIM	NÃO
	Produção de quimioterapia	SIM	NÃO
	Número de consultas odontológicas iniciais por beneficiário	SIM	SIM
	Proporção de próteses odontológicas unitárias em relação aos procedimentos odontológicos	SIM	SIM
Econômico-financeira	Índice de despesa assistencial	SIM	SIM
	Prazo Médio de Pagamento de Eventos - PMPE	SIM	SIM
	Valor comercial da contraprestação	SIM	NÃO
Estrutura e Operação	Dispersão da rede assistencial exclusivamente odontológica	NÃO	SIM
	Dispersão de procedimentos e serviços básicos de saúde	SIM	NÃO
	Dispersão de serviços de urgência e emergência 24h	SIM	NÃO
	Dispersão da rede assistencial médico-hospitalar	SIM	NÃO
	Índice de solicitações de abertura de processo de DLP	SIM	NÃO
Informação	Índice de regularidade de envio dos sistemas	SIM	SIM
	Proporção de indicadores com problema de informação	SIM	SIM
Reclamação	Índice de reclamações	SIM	SIM
	Índice de NIP – Notificação de Investigação Preliminar	SIM	SIM
TOTAL DE INDICADORES		20	9

Foi definido, por ocasião da implementação da metodologia, que o grupo de indicadores poderia ser ajustado sempre que necessário, em função de reavaliações a serem realizadas pela GMOA/GGRAS/DIPRO.

A lista dos indicadores sofreu algumas alterações importantes ao longo dos processamentos. No processamento do Monitoramento assistencial de dezembro de 2012, por exemplo, todos os indicadores da dimensão “Estrutura e Operação” referentes a dispersão de rede foram excluídos do cálculo, permanecendo apenas o indicador referente a abertura de processos de DLP. Também foi excluído o Índice de NIP. Por ocasião do processamento de maio de 2013 foi incluído o indicador que atribuía pontos na avaliação da garantia de atendimento, tendo ele substituído todos os demais indicadores da dimensão estrutura e operação, inclusive o remanescente indicador referente a abertura de processos de DLP.

1.1 – Critérios de elegibilidade aplicados às Operadoras

A primeira etapa para a aplicação da metodologia consistia na definição dos critérios de elegibilidade das operadoras que participariam do processamento do monitoramento assistencial. Com base na lista das operadoras cadastradas no CADOP², eram consideradas

² Detalhar CADOP

elegíveis para a Metodologia de Monitoramento Assistencial aquelas que atendessem aos seguintes critérios:

- Situação ativa no CADOP; e
- Modalidade diferente de administradora ou administradora de benefícios.

As operadoras com histórico de regime especial de Direção Fiscal ou Técnica; as que já sofreram alguma ação de monitoramento da GMOA; e as que já haviam sido selecionadas pelo Programa Olho Vivo³ recebiam uma marcação indicativa do procedimento.

1.2 – Classificação da aplicabilidade dos indicadores

A fim de considerar a diversidade dos produtos comercializados pelas operadoras, de acordo com o tipo de segmentação: ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica, fez-se necessário definir quais indicadores seriam aplicados para cada operadora. Por exemplo: Uma operadora que só comercializa planos da segmentação ambulatorial não deve ser avaliada nos indicadores hospitalares ou odontológicos, sendo classificada para o cálculo desses indicadores específicos como “Não se aplica”. Para tanto, a aplicabilidade dos indicadores foi definida com base na existência de beneficiários em cada segmentação assistencial informada no SIB/ANS – Sistema de Informação de Beneficiários, considerando o período de análise.

Além disso, os indicadores “Índice de Reclamações” e “Índice NIP” eram calculados, respectivamente, apenas para as operadoras com mais de 100 beneficiários e que aderissem ao instrumento da NIP, uma vez que no início a adesão à NIP pelas operadoras era voluntária. Quando esta se tornou obrigatória, o processamento incluía todas as operadoras com mais de 100 beneficiários.

1.3 - Classificação dos problemas de informação

Para as operadoras que não enviavam informação, ou enviavam informação incompleta, a algum sistema da ANS que impactasse no cálculo de algum indicador do programa de Monitoramento Assistencial, a seguinte pontuação era aplicada:

Tabela 2- Critérios para classificação dos problemas de informação

Classificação do problema de informação	Situação do Numerador	Situação do Denominador
Informação zerada	0	0
Sem informação	vazio	vazio
Denominador zerado	>0	0

³ Ação regulatória empreendida pela Diretoria de Fiscalização - DIFIS

Classificação do problema de informação	Situação do Numerador	Situação do Denominador
Informação incompleta	$>=0$	vazio
	vazio	>0

1.4 Cálculo da nota da operadora em cada indicador

Na ficha técnica dos indicadores, constavam as informações referentes a conceito, objetivo, parâmetros, metas, resultados esperados. As notas das operadoras em cada indicador poderiam variar de 0 a 1, onde 0 (zero) representava o alto risco assistencial no indicador e 1 (um) representava o baixo risco assistencial no indicador.

1.5 Cálculo da nota da operadora em cada dimensão

O cálculo da nota da operadora em cada dimensão consistia na média simples das notas em cada indicador pertencente à respectiva dimensão, respeitando-se o grupo de análise (MH ou OD), conforme exposto anteriormente na tabela 1. Dessa forma, a nota de uma determinada dimensão era obtida pela seguinte fórmula:

$$\text{Nota}_{\text{Dimensão}_i} = \frac{\text{Nota}_{\text{indicador}_{i1}} + \text{Nota}_{\text{indicador}_{i2}} + \dots + \text{Nota}_{\text{indicador}_{in}}}{n}$$

$$\text{Nota}_{\text{Dimensão}_i} = \frac{\sum_{j=1}^n \text{Nota}_{\text{indicador}_{ij}}}{n}$$

onde:

$\text{Nota}_{\text{Dimensão}_i}$ é a nota da operadora numa determinada dimensão i

$\text{Nota}_{\text{indicador}_{ij}}$ é a nota da operadora no indicador j pertencente à dimensão i , onde $j=1, 2, \dots, n$ é o número de indicadores na dimensão i

Excepcionalmente, na dimensão Reclamação a nota da operadora consistia na média ponderada dos indicadores NIP e Índice de Reclamações, na proporção 95% e 5% respectivamente. Tal ponderação fundamentava-se na necessidade de conferir maior relevância à sensibilidade assistencial da NIP, tendo em vista que esse indicador tratava especificamente dos casos de negativa de cobertura, enquanto o Índice de Reclamações agregaria demandas de naturezas diversas.

Dessa forma, a nota da dimensão Reclamação era obtida pela seguinte fórmula:

$$\text{Nota}_{\text{Dimensão}_{\text{Reclamação}}} = \frac{95 \times \text{Nota}_{\text{indicador}_{\text{NIP}}} + 5 \times \text{Nota}_{\text{indicador}_{\text{IR}}}}{100}$$

onde:

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

$\text{Nota}_{\text{indicador}_{\text{IR}}}$: corresponde a nota do indicador do índice de reclamação.

Considerando que as notas de cada indicador variavam entre 0 e 1, a nota da dimensão também variava entre 0 e 1, onde 0 representava alto risco e 1 representava baixo risco.

1.6 Cálculo da nota final da operadora

Para a definição dos pesos das dimensões era utilizada uma análise Multicritérios⁴, que tem por objetivo auxiliar o processo de tomada de decisão, reduzindo a subjetividade e tornando o processo mais transparente. Com base nas análises empreendidas pelo grupo técnico foi definida a seguinte hierarquia para a ponderação das dimensões do cálculo das notas das operadoras (tabela 3).

Tabela 3 – Composição dos Pesos das Dimensões

Pesos (W_i)	
Reclamação	49,0%
Informação	15,6%
Assistencial	15,3%
Estrutura e Operação	10,1%
Econômico-financeiro	10,1%

Com os pesos acima apresentados eram calculadas as médias ponderadas das notas das operadoras nas cinco dimensões. Vale destacar que poderia ser realizada uma penalização na nota final da operadora, em função do número de demandas encaminhadas à GMOA pelos diversos setores da ANS.

Assim, foi criado o seguinte redutor:

Redutor =

$$\left\{ \begin{array}{l} 0; \text{ se nunca houve demandas na GMOA} \\ \text{nº de demandas} \times 0,025; \text{ se já houve uma ou mais demandas na GMOA} \end{array} \right.$$

⁴ Por ser de fácil implementação, adotaremos uma das etapas utilizadas na técnica AHP para ponderar as dimensões propostas. Essa técnica, baseada em matemática e psicologia, foi desenvolvida por Thomas L. Saaty.

Portanto a nota final da operadora na Metodologia de Monitoramento Assistencial era calculada pela seguinte fórmula:

$$Nota_Final = \begin{cases} 0; & \text{se } \frac{\sum_{i=1}^5 Nota_Dimensão_i \cdot Peso_Dimensão_i}{5} - redutor \leq 0 \\ \frac{\sum_{i=1}^5 Nota_Dimensão_i \cdot Peso_Dimensão_i}{5} - redutor; & \text{caso contrário} \end{cases}$$

Dependendo do número de demandas da operadora, a redução poderia ser maior do que a nota da operadora, com base somente na média ponderada das dimensões. Nesses casos a operadora ficava com nota final igual a zero.

1.7 Definição do Status da Operadora

Para sintetizar os indícios de anormalidade assistencial, captados através dos indicadores, a operadora, em função de sua nota final, era classificada em um dos quatro status: VERDE, AMARELO, LARANJA ou VERMELHO, conforme tabela 4:

Tabela 4 – Critérios para a classificação da operadora

STATUS	SIGNIFICADO	CRITÉRIO
Verde	Indício de risco assistencial BAIXO	Nota final > 0,40
Amarelo	Indício de risco assistencial PRÉ-MODERADO	0,35 < Nota final ≤ 0,40
Laranja	Indício de risco assistencial MODERADO	0,2 < Nota final ≤ 0,35
Vermelho	Indício de risco assistencial GRAVE	Nota final ≤ 0,2

1.8 Critérios de Priorização

Para fins de classificação das operadoras internamente, foi elaborado, para cada um dos status (verde, amarelo, laranja ou vermelho), um ranking das operadoras com base na nota final em ordem crescente. Assim, as operadoras com as menores notas ocupavam as primeiras posições no ranking, dado que apresentavam maior indício de risco assistencial. Esse ranking era

utilizado pela GMOA/GGRAS como critério de priorização dos encaminhamentos decorrentes do Monitoramento Assistencial.

Caso duas ou mais operadoras obtivessem a mesma nota final, o critério de desempate para definir quem apareceria primeiro no ranking era dado por:

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

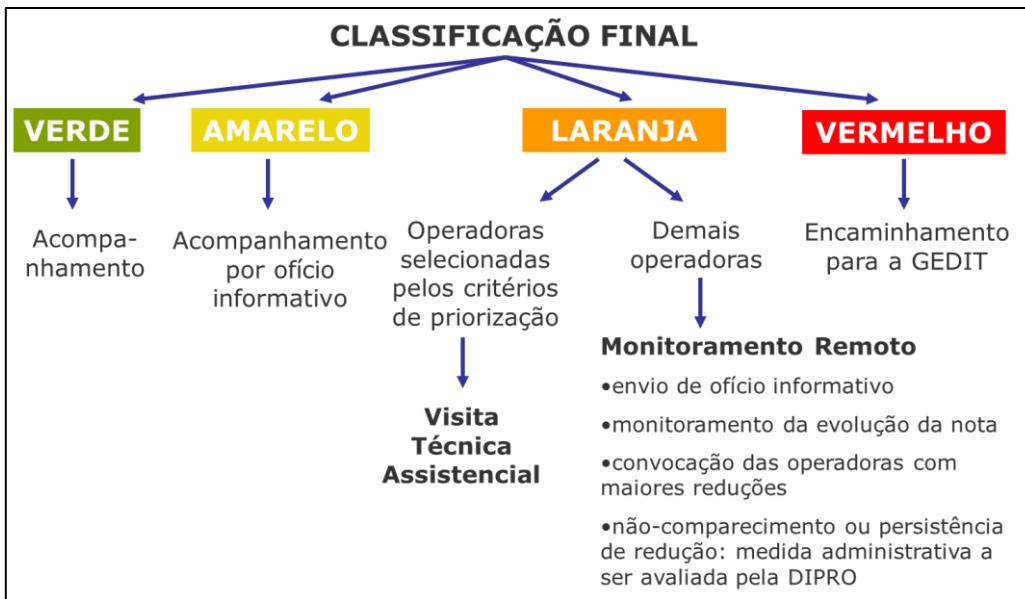
Cabe ressaltar que, respeitadas as posições no ranking e o respectivo grau de risco assistencial, as áreas técnicas responsáveis poderiam e deveriam incluir critérios adicionais para a priorização das operadoras, ou seja, critérios que permitissem selecionar, dentre as operadoras elegíveis nos respectivos status, aquelas que seriam objeto de medida administrativa. Dessa forma, a priorização das operadoras poderia se dar, por exemplo, pelo porte, por região geográfica, por modalidade operacional, pela nota obtida em um indicador de interesse específico, ou qualquer outro critério que a área técnica considerasse relevante.

Importante ressaltar mais uma vez que a metodologia era ajustada sempre que tal necessidade fosse constatada, a fim de torná-la mais efetiva e sensível à realidade assistencial das operadoras. Logo, eventuais modificações e/ou aprimoramentos poderiam ocorrer, não só no grupo de indicadores como, também, nos pesos dos indicadores e das dimensões, no redutor da nota final, ou em qualquer outro critério. Essas mudanças era alvo de diversas críticas por gerarem falta de previsibilidade ao programa.

1.9 Fluxo dos Encaminhamentos decorrentes do Monitoramento Assistencial

Com base na classificação final das operadoras eram traçados os encaminhamentos a que seriam submetidas as operadoras em função de sua performance, conforme Figura 1 abaixo.

Figura 1 – Encaminhamentos decorrentes do Monitoramento Assistencial



As operadoras classificadas no status vermelho, com indicativo de risco assistencial grave, deveriam ser encaminhadas à Gerência de Direção Técnica – GEDIT para a avaliação de medida administrativa a ser adotada.

Os critérios de priorização das operadoras classificadas em LARANJA para realização de Visita Técnica Assistencial consistiam, basicamente, em:

- Existência de demandas encaminhadas à GМОA;
- Operadora com maior número de beneficiários;
- Menor posição (menor nota).

Tais critérios deveriam ser sempre definidos em Nota Técnica e poderiam ser alterados pela GМОA a cada processamento.

As operadoras classificadas no status laranja, com indicativo de risco assistencial moderado, poderiam ser alvo de uma das medidas abaixo:

- As operadoras classificadas no status laranja que se enquadrassem nos critérios de priorização estabelecidos em Nota Técnica específica de cada ciclo, seriam selecionadas para a realização de Visita Técnica Assistencial;
- As operadoras classificadas no status laranja com agravamento do risco assistencial, em função do elevado número de negativas de cobertura por não atendimento aos prazos estabelecidos na RN 259/11, eram encaminhadas para a análise e providências da Gerência de Direção Técnica – GEDIT;
- As demais operadoras classificadas no status laranja eram objeto de monitoramento remoto, que consistia em reuniões informativas conjuntas com as operadoras classificadas no status Risco Moderado com variação negativa maior do que 0,1 na

nota final em relação ao monitoramento anterior⁵. Após a reunião, o acompanhamento era realizado por meio dos processamentos subsequentes.

Monitoramento do Risco Assistencial (2016-até hoje)⁶

O Monitoramento do Risco Assistencial foi regulamentado pela Resolução Normativa nº 416, de 22 de dezembro de 2016 e pela Instrução Normativa DIPRO nº 49/2016. E as ações decorrentes do Monitoramento do Risco Assistencial foram regulamentadas pela Resolução Normativa nº 417, e Instrução Normativa DIPRO nº 50/2016.

De acordo com o art. 2º, inciso III, da RN 416/2016, o Monitoramento do Risco Assistencial consiste “na análise consolidada dos resultados das ações de Mapeamento do Risco Assistencial e do Acompanhamento e Avaliação da Garantia de Atendimento, com vistas à prevenção de anormalidades que ponham em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde”.

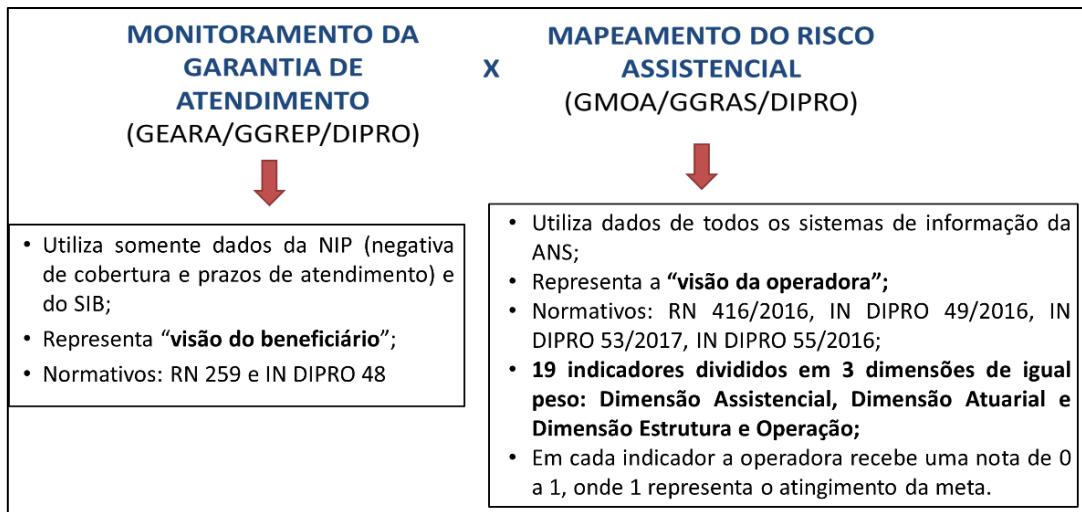
O processo de Monitoramento e Avaliação da Garantia de Atendimento, de competência da GEARA/GGRAS/DIPRO, passou a ser regulamentado pela IN DIPRO nº 48/2015; enquanto o Mapeamento do Risco Assistencial resultou da reformulação do Monitoramento Assistencial, expurgando-se os indicadores que utilizavam como insumo as reclamações dos beneficiários e NIP. Com isso, a análise apresentada a seguir será voltada especificamente para o processo do Mapeamento do Risco Assistencial, desenvolvido pela GMOA.

Em síntese, a figura abaixo apresenta o modelo do Monitoramento do Risco Assistencial:

Figura 2: Monitoramento do Risco Assistencial

⁵ Tendo em vista que a amplitude máxima da nota das operadoras em risco assistencial moderado corresponde a 0,15 (diferença entre as notas 0,35 e 0,20 que delimitam as operadoras em risco moderado) optou-se por considerar em situação de risco assistencial moderado com evolução crítica as operadoras que obtivessem, entre um processamento e outro imediatamente posterior, uma variação negativa maior que 0,05 na nota final, sendo esse critério definido tanto para o grupo Médico-Hospitalar como para o Exclusivamente Odontológico. Destacamos que o valor da variação negativa poderia ser reavaliado pela DIPRO a qualquer tempo. Desse modo, as operadoras classificadas no status laranja que apresentassem, no processamento subsequente, uma variação negativa maior que 0,05 na nota final poderiam ser convocadas a comparecer à ANS, para esclarecer e justificar o decréscimo de observado na nota.

⁶ O texto foi elaborado com base nas seguintes notas técnicas: Nota nº 189/2015/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS, Nota nº 46/2016/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS, Nota Técnica nº 138/2016/GMOA/GGRAS/DIPRO, Nota nº 625 /2016/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS, Nota nº 729 /2016/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS, Nota nº 768/2016/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS e Nota N° 791/2016/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS.



Fonte: Figura elaborada pela GEDIT/GGRAS/DIPRO/ANS a partir dos normativos.

1. Metodologia do Mapeamento do Risco Assistencial

A Metodologia do Mapeamento do Risco Assistencial foi regulamentada pela RN nº 416/2016. Embora os indicadores que compõem o Mapeamento do Risco Assistencial não tenham sido disciplinados no normativo, o art. 6º da RN 416/2016 estabeleceu parâmetros mínimos para a sua construção, a serem apresentados nas fichas técnicas disponibilizadas no portal da ANS, dispostos na Nota Técnica nº 137/2017⁷, contendo: identificação; conceituação; método de cálculo; definição dos termos utilizados; meta; critério de pontuação; fonte dos dados; e critérios de aplicabilidade de cada indicador.

A periodicidade do Mapeamento do Risco Assistencial foi estabelecida como trimestral, sendo seu processamento realizado de forma automatizada pela GEPIN/DIDES, com a coordenação da GMOA/GGRAS/DIPRO.

Foram definidos 19 indicadores subdivididos em três dimensões de análise: Assistencial, Atuarial dos Produto, e Estrutural e Operacional. As dimensões relativas às reclamações foram subtraídas do cálculo, sendo consideradas apenas para o cálculo do Monitoramento e Avaliação da Garantia de Atendimento. A tabela 5 apresenta os indicadores de acordo com a dimensão a que pertencem.

Tabela 5- Lista dos indicadores por dimensão e grupo de análise – RN 416/2016

⁷ Acessível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/moa/2017_fichas_tecnicas_novo_risco_assistencial_versao_corrigida_portaria_1631_2015.pdf

Dimensão	Indicador	Grupo MH	Grupo OD
Assistencial	Consultas médicas ambulatoriais com pediatra por beneficiário até 14 anos	SIM	NÃO
	Consultas médicas ambulatoriais por beneficiário	SIM	NÃO
	Consultas odontológicas iniciais por beneficiário	NÃO	SIM
	Sessões de hemodiálise crônica por beneficiário	SIM	NÃO
	Sessões de quimioterapia sistêmica por beneficiário	SIM	NÃO
	Proporção de consulta médica em pronto-socorro	SIM	NÃO
	Proporção de próteses odontológicas unitárias	NÃO	SIM
	Taxa de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído	NÃO	SIM
	Taxa de exames de ressonância magnética	SIM	NÃO
	Taxa de internação hospitalar	SIM	NÃO
	Taxa de internação pediátrica	SIM	NÃO
	Taxa de raspagem supragengival	NÃO	SIM
Atuarial dos produtos	ICSA – Índice combinado de saúde ampliado	SIM	SIM
	PMPE - Prazo médio de pagamento de eventos	SIM	SIM
	Proporção de NTRPs com valor comercial da mensalidade atípico	SIM	NÃO
Estrutural e Operacional	Dispersão da rede assistencial hospitalar	SIM	NÃO
	Dispersão da rede assistencial odontológica	NÃO	SIM
	Dispersão de procedimentos e serviços básicos de saúde	SIM	NÃO
	Dispersão de serviços de urgência e emergência 24h	SIM	NÃO
TOTAL DE INDICADORES		14	8

O processamento dos indicadores é realizado de forma automatizada, diretamente pela GEPIN/DIDES, com a validação dos resultados pela GMOA/GGRAS/DIPRO (Dimensão Assistencial), GEARA/GGREP/DIPRO (Dimensão Estrutural e Operacional) e GEFAP/GGREP/DIPRO (Dimensão Atuarial).

As bases de dados utilizadas e que não são de envio periódico – tais como o CADOP, RPS, CNES e NTRP, são coletadas automaticamente pela GEPIN no primeiro dia útil após o término do trimestre de avaliação. Exemplo: para o 4º trimestre/17, cujo término ocorreu no dia 31/12/2017, as bases foram congeladas no dia 02/01/2018. Para as bases do SIP, SIB e DIOPS, cujo envio por parte das operadoras é periódico, a GMOA solicita o congelamento após o término do prazo de envio, por meio de uma OTRS.

Após o congelamento das bases, a GMOA solicita, também por meio de uma OTRS, o processamento do Monitoramento do Risco Assistencial à GEPIN. Após o processamento, as planilhas contendo os cálculos dos indicadores e suas notas é encaminhada à GMOA, GEARA e GEFAP, sob coordenação da GMOA, para validação dos resultados. Com os resultados validados, a GEPIN disponibiliza os resultados preliminares em ambiente próprio para que a GETI/DIGES

promova a publicação dos Prontuários do Monitoramento do Risco Assistencial, para acesso individual por cada operadora, contendo: a classificação da operadora no trimestre atual e nos dois trimestres anteriores nos 2 programas de monitoramento da DIPRO (Monitoramento da Garantia de Atendimento e Mapeamento do Risco Assistencial); mensagem específica, padronizada, referente à sua situação; detalhamento do cálculo dos indicadores e dimensões do Mapeamento do Risco Assistencial (permitindo a conferência dos mesmos por parte das operadoras); e gráficos com o histórico dos indicadores e dimensões. Salienta-se que os resultados são sigilosos e divulgados somente para a própria operadora em área restrita do site da ANS (Central de Relatórios), mediante *login* e senha, a exemplo da metodologia anterior.

Após a divulgação preliminar dos resultados, foi definido no normativo, que as operadoras têm 15 dias para enviar os questionamentos que considerar pertinentes. Com base nos questionamentos são feitos os ajustes necessários e divulgados o Resultado Final do conjunto do Monitoramento do Risco Assistencial (com a classificação em faixas de risco dos resultados das operadoras nos 2 programas citados) e o detalhamento dos resultados do Mapeamento do Risco Assistencial.

1.1 – Critérios de elegibilidade aplicados às Operadoras

Dentre as operadoras ativas cadastradas no CADOP, são consideradas elegíveis à metodologia do Mapeamento do Risco Assistencial aquelas que atendam aos seguintes critérios:

- apresentem pelo menos 1 (um) produto ativo;
- não pertençam à modalidade de administradora de benefícios;
- não se encontrem em processo de cancelamento de registro; e
- possuam beneficiários informados no SIB no trimestre de avaliação.

1.2 – Tratamento diferenciado para os problemas de informação

As operadoras que não enviam com sucesso, até a data de coleta de dados para fins de processamento, pelo menos um dos sistemas de informação obrigatória – SIB, SIP e DIOPS – utilizados para o cálculo dos indicadores, são pré-classificadas na Faixa Indeterminada, considerada de gravidade alta, pois inviabiliza o acompanhamento da assistência prestada diante da impossibilidade do conhecimento do risco da operadora pelo órgão regulador, sendo entendido o não envio das informações aos sistemas como uma obstrução à regulação.

Ressalta-se que as operadoras são orientadas a efetuar o envio do dado faltante ou enviado equivocadamente, sempre que possível, a fim de corrigir informação cujo envio é obrigatório e é utilizado para desenvolvimento de estudos e pesquisas. Contudo, para fins do

Mapeamento do Risco Assistencial, a classificação da operadora não é alterada após o processamento da metodologia, sendo considerada a informação enviada impreterivelmente até a data da coleta dos dados.

Salienta-se, ainda, que as representações por não-envio dos sistemas são realizadas normalmente por cada área competente, gestora dos sistemas. No entanto, o processamento do Mapeamento do Risco Assistencial, ao estabelecer como um status de gravidade o não envio dos dados, pode ensejar a adoção de medida regulatória pela DIPRO/ANS, nos termos do artigo 2º, da IN DIPRO nº 49/2016.

1.3 – Classificação da aplicabilidade dos indicadores

As operadoras são classificadas de acordo com a segmentação de atuação, respeitando-se a segmentação dos produtos por elas comercializados. Dessa forma, operadoras que só comercializam planos da segmentação ambulatorial não devem ser avaliadas nos indicadores hospitalares ou odontológicos, sendo classificada nesses indicadores específicos com a denominação “Não se aplica”. O mesmo ocorre com as operadoras que atuam na segmentação odontológica, as quais são classificadas como “Não se aplica” para o cálculo dos indicadores hospitalares, ambulatoriais e obstétricos e assim por diante.

1.4. Cálculo da nota da operadora em cada indicador

A nota da operadora em cada indicador, a exemplo da metodologia anterior, se baseia no resultado obtido pela operadora para cada indicador comparado com um parâmetro considerado ideal, devidamente descrito nas fichas técnicas de cada indicador, conforme já destacado. Dessa forma, a operadora recebe uma nota variando de 0 a 1 em cada indicador, onde 0 (zero) representa o alto risco assistencial no indicador e 1 (um) representa o baixo risco assistencial no indicador.

1.5. Cálculo da nota da operadora em cada dimensão

O cálculo da nota da operadora em cada dimensão é dado pela média aritmética simples das notas em cada indicador pertencente à respectiva dimensão, respeitando-se o grupo de análise (MH ou OD).

1.6. Cálculo da nota final da operadora

Em contraposição à metodologia anterior, e tendo em vista a exclusão dos indicadores que utilizam reclamações de consumidores como insumo, foi definido um peso idêntico para as três dimensões do Mapeamento do Risco Assistencial, na fração de 1/3 para cada dimensão, conforme tabela 6 abaixo:

Tabela 6 – Pesos atribuídos às dimensões de análise

Dimensões	Pesos (W _i)
Assistencial	33,3%
Atuarial dos produtos	33,3%
Estrutural e Operacional	33,3%

Com os pesos acima apresentados são calculadas a média ponderada das notas das operadoras nas três dimensões. Portanto a nota final da operadora na Metodologia de Monitoramento Assistencial é dada pela seguinte fórmula:

$$Nota_Final = \left\{ \frac{\sum_{i=1}^3 Nota_Dimensão_i \bullet Peso_Dimensão_i}{3} \right\}$$

1.7. Definição do Status da Operadora

Para sintetizar os indícios de anormalidade administrativa de natureza assistencial, identificados a partir dos resultados obtidos nos indicadores no processamento do Mapeamento do Risco Assistencial, a operadora, em função de sua nota final, é classificada em um de quatro status: Faixa 1, Faixa 2, Faixa 3 ou Faixa Indeterminada, conforme tabela 7 abaixo:

Tabela 7 – Classificação por faixas no Mapeamento do risco assistencial

MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL	
Faixa 1	nota entre 0,7 e 1
Faixa 2	nota entre 0,35 e 0,7
Faixa 3	nota abaixo de 0,35
Faixa Indeterminada	não possui todos os dados dos sistemas SIP,SIB e DIOPS

1.8. Definição de gravidade do risco assistencial das operadoras e Critérios de priorização para a adoção de medidas regulatórias

Os critérios para definição da gravidade dos indícios de risco assistencial, para fins de adoção de medidas regulatórias cabíveis no âmbito da DIPRO se baseiam na classificação de risco das operadoras, resultante do Monitoramento do Risco Assistencial, e estão dispostas na Instrução Normativa nº 49/2016, que dispôs sobre as medidas administrativas decorrentes da avaliação das operadoras de planos de assistência à saúde no Monitoramento do Risco Assistencial.

Em seu art. 6º, a RN 416/2016 estabeleceu o encaminhamento para análise de adoção de medidas administrativas de operadoras que se enquadram nas seguintes classificações:

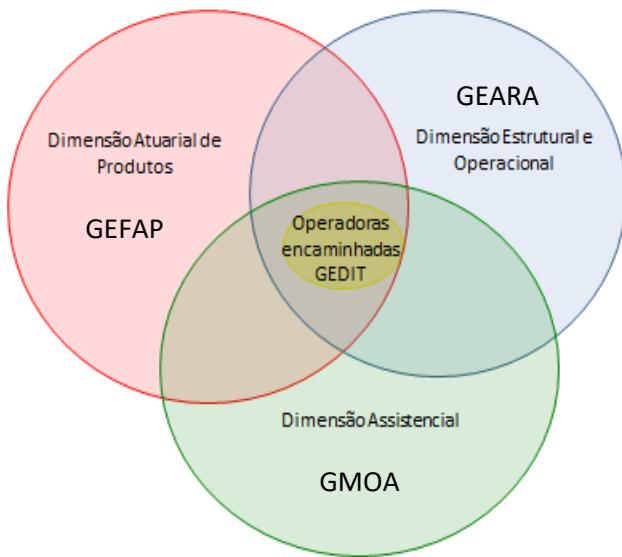
- I – na faixa 3 do acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento nos três últimos trimestres de avaliação, independentemente do resultado obtido no mapeamento do risco assistencial; ou
- II – na faixa 3, na indeterminada, ou na sua combinação, do mapeamento do risco assistencial nos três últimos trimestres de avaliação, independentemente do resultado obtido no acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento.

Já a priorização das ações foi remetida para o Plano Periódico do Monitoramento do Risco Assistencial a ser definido por ocasião do processamento de cada ciclo (conjunto dos últimos três trimestres de avaliação no Monitoramento do Risco Assistencial) e divulgado em conjunto com os resultados finais do Mapeamento do Risco Assistencial às operadoras (art. 7º, da IN nº 49/2016).

1.9. Fluxo dos Encaminhamentos decorrentes do Mapeamento do Risco Assistencial

A cada processamento, com base no resultado do Mapeamento do Risco Assistencial, são efetuados alguns encaminhamentos, para ciência e acompanhamento, em função de sua performance nas dimensões do programa, conforme Figura 1 abaixo.

Figura 1 – Encaminhamento das Operadoras classificadas na Faixa 3 por Dimensão, para análise pela área técnica (Gerências da DIPRO)



Nos casos de operadoras que se classificam de forma reiterada por 3 ciclos consecutivos na Faixa 3 e/ou Indeterminada, é feito o encaminhamento à GEDIT para análise de indícios de anormalidades administrativas graves de natureza assistencial, conforme previsto no art. 4º, inciso I, da IN DIPRO nº 50/2016.

Anexo II – Base Legal

A análise apresentada na presente Nota Técnica utilizou como base de fundamentação o disposto nos seguintes dispositivos legais e regulatórios:

- Lei nº 9.656, de 03/06/1998: Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
- Lei nº 9.961 de 28/01/2000: Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.
- Resolução Normativa nº 256 de 19/05/2011: Institui o Plano de Recuperação Assistencial e regula o regime especial de Direção Técnica no âmbito do mercado de saúde suplementar, e dá outras providências. (Revogada)
- Resolução Regimental, nº 01 de 17/03/2017: Revoga a RN 197/09 e Institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e dá outras providências.
- Resolução Normativa Nº 197, de 16/07/2009: Institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e dá outras providências (Revogada)
- Resolução Normativa nº 259 de 20/06/2011: Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa

- IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.
- Resolução Normativa nº 416 de 23/12/2016: Dispõe sobre o Monitoramento do Risco Assistencial sobre as operadoras de planos de assistência à saúde.
- Resolução Normativa nº 417, de 22/12/2016: Dispõe sobre o Plano de Recuperação Assistencial e sobre o regime especial de Direção Técnica, no âmbito do mercado de saúde suplementar, revoga a RN nº 256, de 18 de maio de 2011, e dá outras providências.
- Instrução Normativa N° 31, de 13/06/2011 da DIPRO: Regulamenta o art. 13 da Resolução Normativa - RN nº 256, de 18 de maio de 2011, para dispor sobre a Visita Técnica Assistencial nas operadoras de planos privados de assistência à saúde. (Revogada)
- Instrução Normativa nº 33, de 07/07/2011 da DIPRO: Regulamenta a Resolução Normativa - RN Nº 256, de 18 de maio de 2011, para dispor, em especial, sobre o Plano de Recuperação Assistencial e sobre o Programa de Saneamento Assistencial no curso do regime especial de Direção Técnica. (Revogada)
- Instrução Normativa nº 38, de 24/05/2012 da DIPRO: Regulamenta o artigo 12-A da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, para dispor sobre o acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento dos beneficiários pelas operadoras de planos de assistência à saúde. (Revogada)
- Instrução Normativa nº 49, de 23/12/2019 da DIPRO: Dispõe sobre as medidas administrativas decorrentes da avaliação das operadoras de planos de assistência à saúde no Monitoramento do Risco Assistencial, a que se refere a RN nº 416, de 22 de dezembro de 2016.
- Instrução Normativa nº 53 de 20/07/2017 da DIPRO: Regulamenta a visita técnico-assistencial para identificação de anormalidades assistenciais nas operadoras de planos de assistência à saúde.
- Instrução Normativa nº 55 de 08/02/2018 da DIPRO: Altera as Instruções Normativas - IN nº 49, de 22 de dezembro de 2016, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, que dispõe sobre as medidas administrativas decorrentes da avaliação das operadoras de planos de assistência à saúde no Monitoramento do Risco Assistencial, e IN nº 53, de 18 de julho de 2017, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, que Regulamenta a visita técnico-assistencial para identificação de anormalidades assistenciais nas operadoras de planos de assistência à saúde.

