

ANEXO II

FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

1. INDICADORES DA DIMENSÃO QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE – IDQS

1.1. Proporção de Parto Cesáreo

Conceito

Percentual de partos cesáreos realizados pela operadora nas beneficiárias fora de carência para o procedimento, no período considerado.

Método de Cálculo

Número de partos cesáreos em beneficiárias fora do período de carência	x 100
Total de partos (normais + cesáreos) em beneficiárias fora do período de carência para o procedimento	

Definição de termos utilizados no Indicador

Parto cesáreo - Procedimento cirúrgico no qual o conceito é extraído mediante incisão das paredes abdominal e uterina.

Parto normal - Procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do Indicador

Permite apurar a ocorrência de partos cesáreos em relação ao total de partos realizados em uma determinada operadora no período considerado.

É um dos instrumentos utilizados para avaliar a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, uma vez que o aumento excessivo de partos cesáreos, muito acima do padrão de 15% definido pela Organização Mundial de Saúde - OMS, pode refletir um acompanhamento pré-natal inadequado e/ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal.

Usos

Avaliar, indiretamente, o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma assistência adequada possa causar impacto positivo no valor do indicador.

Permite avaliar, de forma indireta, o modelo de atenção obstétrico praticado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Subsidiar elaboração e a avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança prestada aos beneficiários de planos de saúde.

Permite ao órgão regulador ter subsídios para elaboração de estratégias de mudança do atual modelo de atenção obstétrica no setor suplementar.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

No Brasil, o modelo hegemônico na atenção obstétrica é médico centrado, intervencionista e desconsidera aspectos psicológicos e socioculturais da

mulher. Como resultado, além de um percentual nacional de 55,4% de cesarianas, índices de morte materna incompatíveis com o nível de desenvolvimento do País. Apesar de o parto e nascimento ser um evento da vida da mulher e um ato da sua fisiologia, a maioria das mulheres têm seus filhos por meio de uma cirurgia, a cesariana (Brasil, 2013). As taxas de cesariana são altas e ascendentes em todo território nacional, em todas as faixas de idade, incluindo as adolescentes.

A OMS preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de até 15%. Este padrão está fundamentado no conhecimento empírico de que apenas 15% do total de partos apresentam indicação precisa de cesariana, ou seja, existe uma situação real onde é fundamental para a preservação da saúde materna e/ou fetal que aquele procedimento seja realizado cirurgicamente e não por via natural (OMS, 1996). Em geral, entre 70 e 80% de todas as gestantes podem ser consideradas de baixo risco no início do trabalho de parto (OMS, 1996).

Como procedimento cirúrgico, a cesariana apresenta indicações bem estabelecidas e, assumindo que as cesarianas que ultrapassam a taxa recomendada pela OMS não teriam indicação médica, milhões de cirurgias não justificadas estariam sendo realizadas anualmente, trazendo risco para o binômio mãe/recém-nascido. O nascimento prematuro está entre os potenciais riscos associados à cesariana, particularmente a cirurgia eletiva, e é reconhecido como um dos principais determinantes da morbimortalidade infantil (OMS, 1996; BENFAM, 1997).

Fato importante a ser destacado, decorrente da hipermedicalização do parto e nascimento no Brasil, com altas taxas de cesarianas, foi seu aumento progressivo desde meados da década de 1990, culminando em 2009 com a inversão das taxas de cesariana e de partos normais, com as taxas de cesariana superando pela primeira vez as taxas de partos normais e alcançando 52% em 2010 (DOMINGUES; DIAS et al, 2014).

Outro ponto a ser considerado, é que as altas taxas de cesariana, muito superiores ao que preconiza a OMS, têm sido determinadas por fatores não

clínicos, e apresentam uma distribuição desigual; prevalecendo entre as mulheres com maior escolaridade e faixa etária, primíparas e com pré-natal realizado em serviços privados, em particular nas regiões sul, sudeste e centro-oeste. A concentração de partos cesarianos entre mulheres com melhores condições socioeconômicas tem associado o parto cirúrgico com um padrão superior de cuidado, contrariamente ao que aponta a literatura científica, (DOMINGUES e DIAS et al, 2014).

No Brasil, são cerca de três milhões de nascimentos por ano, 55,6% via cesariana. (SINASC, 2013). Dos nascimentos brasileiros, cerca de 18% ocorrem na Saúde Suplementar. Em 2013, foram 539.999 partos realizados no setor, dos quais 84,6% foi por cirurgia cesariana (MS/ANS, 2014), desse modo, refletindo a noção equivocada de que cesariana, mesmo sem indicação, é preferível ao parto normal.

Tabela I

Nascidos vivos - Brasil		
Nascim p/resid.mãe por Tipo de parto		
Período: 2012		
Tipo de parto	Nascim_p/resid.mãe	
Vaginal	1.283.546	44,2%
Cesário	1.615.928	55,6%
Ignorado	6.315	0,2%
Total	2.905.789	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

A tabela II a seguir demonstra que, no Brasil, as taxas de cesarianas, 55,6%, já superam, em muito, o máximo de 15% que preconiza a OMS. Entretanto, entre as usuárias de planos de saúde, o percentual é de 84,6%. Mesmo em países nos quais as taxas de cesarianas já são consideradas altas como os EUA que, segundo o relatório *'Health Statistics 2015 - Frequently Requested Data'* da *'Organisation for Economic Co-operation and Development'* - OECD, apresentaram em 2013 a taxa de 32, 4% (OECD, 2015). As taxas de cesariana, na saúde suplementar brasileira, são muito superiores.

Tabela II

Comparação % cesarianas Brasil e Saúde Suplementar - 2012		
Setor	Número de nascidos vivos	% de partos cesarianos
Brasil	2.905.789	55,6%
Saúde Suplementar	502.812	84,6%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC -SIP/ANS

Comparada às taxas mundiais, observa-se que os valores do setor suplementar são os mais elevados: nos países que compõem a OECD, a variação nas taxas de cesarianas para o ano de 2013 foi desde taxas baixas na Holanda (15,5%), Noruega (16,4%), Finlândia (15,8%), Islândia (15,1%) e Israel (15,4%) até taxas consideradas muito altas como as encontradas na Turquia (50,3%), Itália (36,1%) e México (45,1%). As taxas brasileiras também são muito mais altas que a média em Portugal (35%), Hungria (35,2%) e Austrália (32%) (OECD, 2015), com taxas intermediárias.

Diante das dificuldades de reversão do modelo de atenção obstétrico, que é influenciado por diversos fatores, tais como: fatores culturais, organização da rede de atenção, política de remuneração, etc, propõe-se uma meta de redução das atuais taxas para 45%, ainda um patamar relativamente alto, mas muito inferior às taxas praticadas atualmente pelo setor.

Meta

A meta é atingir um resultado igual ou inferior a 45% de partos cesáreos, no período considerado.

Pontuação

PROPORÇÃO DE PARTO CESÁRIO	Pontuação
Resultado do indicador	Valor de 0 a 1
Resultado ≥ 90	0
Resultado >45 e < 90	$0 < V < 1$
Resultado ≤ 45	1

$$V = 1 - (((\text{Resultado} > 45 \text{ e} < 90) - 45) / 45)$$

Fonte de dados

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item E3.2 “Parto cesáreo”; coluna II (Eventos).

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Itens E3.1 “Parto normal” + E3.2 “Parto cesáreo”; coluna II (Eventos).

Ações esperadas para causar impacto no indicador

Incentivar o acompanhamento ao pré-natal a fim de reduzir as indicações de cirurgia não decorrentes de condições clínicas, de forma que o parto cirúrgico seja realizado somente de acordo com indicações precisas.

Incentivar a disseminação de informações a respeito das vantagens do parto normal em comparação com o parto cesáreo e dos riscos da realização do parto cesáreo na ausência de indicações precisas.

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

Pactuar e sensibilizar os prestadores de serviços de saúde sobre a importância do processo de qualificação da assistência à saúde da mulher e da criança.

Criar campanhas de informação sobre os tipos de parto, seus benefícios e riscos, procurando motivar a realização do parto normal sempre que indicado.

Construir um sistema de informações que permita a identificação do perfil epidemiológico (demográfico, de morbidade, de utilização, entre outros) da população beneficiária.

Limitações e Vieses

As variações geográficas desse indicador só se aplicam para o SUS, onde é possível relacionar o tipo de parto ao local de residência da parturiente.

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

O indicador pode ser influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional praticado pela operadora.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sistema de Informações de Produtos, Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Nascidos Vivos. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sinasc-sistema-de-informacoes-de-nascidos-vivos>

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde.

BRASIL. BEMFAM. Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde 1996. Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) Macro International Inc, março, 1997.

BRASIL. FIOCRUZ. Nascer no Brasil. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimentos – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, 2015. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/index.php/introducao-e-justificativa>

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA. Nascer no Brasil. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro - vol 30, Suplemento, 2014.

DOMINGUES; DIAS et al, 2014. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup: S101-S116, 2014.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. Projeto Diretrizes, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, 1996.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT - OECD. Health Statistics 2015 - Frequently Requested Data em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

1.2. Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos

Conceito

Número médio de internações hospitalares por Fratura de Fêmur para cada 1000 beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais, fora do período de carência, no período considerado.

Método de Cálculo:

Número de internações hospitalares por fratura de fêmur em beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais fora do período de carência	X 1000
Número total de beneficiários fora do período de carência com 60 anos ou mais de idade	

Definição de termos utilizados no Indicador:

Fratura de Fêmur (60 anos ou mais) – Internações decorrentes da fratura de fêmur em pessoas com 60 anos de idade ou mais.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do Indicador:

Estima o risco de internação por fratura de fêmur na população beneficiária idosa de 60 anos ou mais e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.

A queda pode ser considerada como evento sentinela na saúde da pessoa idosa. Entre as principais causas estão fatores de risco individuais e fatores relacionados ao meio ambiente e ao acesso à atenção básica específica para esta faixa etária. Uma das principais consequências de queda em pessoas idosas é a fratura do fêmur, principalmente em mulheres.

A prevenção de fratura do fêmur envolve ações para acesso ao cuidado específico ao idoso, envolvendo estratégias para informação e educação em saúde, prevenção e tratamento oportuno da osteoporose com vistas à prevenção de quedas.

Usos

Analisar variações temporais nas taxas de internações hospitalares por fratura do fêmur em pessoas idosas, com o objetivo de desenvolver ações de prevenção, em especial no controle dos fatores de risco associados.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações:

A queda em pessoas idosas é um importante fator de risco para a perda da autonomia do idoso e, por conseguinte, diminuição da qualidade de vida. Na faixa etária de 60 anos ou mais, a queda é a segunda causa de óbito dentre as causas externas. A osteoporose, por sua vez, tem contribuição importante nas fraturas de fêmur, em especial, no sexo feminino. A internação hospitalar por fratura do fêmur tem experimentado aumento nos últimos anos; no entanto, destaca-se que ações direcionadas à prevenção e/ou redução dos fatores de risco minimizam a necessidade de internações hospitalares e suas complicações.

O *National Committee for Quality Assurance – NCQA dos Estados Unidos* registrou em 2006, em média, uma taxa para o procedimento 'Redução de fratura de fêmur' por faixa etária e por sexo por 1000.

Faixa Etária	Homem	Mulher
Abaixo de 65 anos	1,5	1,7
Entre 65 e 74 anos	1,6	2,5
Entre 75 e 84 anos	4,5	8,8
De '85 ou mais anos'	14,5	24,7

No Brasil, segundo dados do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP), a taxa de internação por fratura de fêmur na rede pública de saúde, nos anos de 2009 a 2012, foi em torno de 0,18%. Esse valor variou conforme o sexo (0,13% para homens e 0,22% para mulheres) e regiões do Brasil (maior nas regiões Sul e Sudeste = 0,21%, seguido da região Centro-Oeste = 0,16%, Nordeste = 0,13% e Norte = 0,12%).

No setor suplementar brasileiro, de acordo com o Programa de Qualificação de Operadoras para o ano de 2014, as medianas do setor para o indicador 'Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos' foram (BRASIL/ANS, 2014):

Taxa de internação por fratura de fêmur em Idosos – ano 2014 por 1000	
Porte da Operadora	Mediana
Operadoras de Grande Porte	2,2962965
Operadoras de Médio Porte	2,33605845
Operadoras de Pequeno Porte	1,79463666

BRASIL/ANS, Programa de Qualificação de Operadoras, 2014.

Meta

A meta é atingir um valor entre 50% e 150% da mediana do setor por porte (MS), no período considerado, apurada de acordo com a metodologia do Programa de Qualificação de Operadoras.

Pontuação

TAXA DE INTERNAÇÃO POR FRATURA DE FÊMUR	Pontuação
Resultado $\leq 0,1\text{MS}$ ou Resultado $\geq 4\text{MS}$	0
$0,1\text{MS} < \text{Resultado} < 0,5\text{MS}$	$\frac{\text{Resultado} - 0,1\text{MS}}{0,4\text{MS}}$
$0,5\text{MS} \leq \text{Resultado} \leq 1,5\text{MS}$	1
$1,5\text{MS} < \text{Resultado} < 4\text{MS}$	$1 - \left(\frac{\text{Resultado} - 1,5\text{MS}}{2,5\text{MS}} \right)$

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item E "Internações"; 2.4 "Fratura de Fêmur (60 anos ou mais)"; coluna II (Eventos).

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item E "Internações"; 2.4 "Fratura de Fêmur (60 anos ou mais)"; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência).

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários e identificar indivíduos com 60 anos ou mais com fatores de risco para fratura de fêmur.

Adotar estratégias de controle dos riscos e ações de prevenção de quedas e de osteoporose.

Divulgar os indicadores e as 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.

Limitações e Vieses

O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente, pela mesma causa, durante o período analisado.

Podem ocorrer internações por fratura de fêmur em decorrência de causas não preveníveis por ações de educação e informação em saúde, e acesso a um cuidado específico ao idoso.

Como o perfil epidemiológico é diferente para homens e mulheres, cabe ressaltar que esse indicador será mais efetivo na medida em que se obtenham informações específicas por gênero.

O sistema de informação utilizado pode não detectar inconsistências na classificação da causa de morbidade informada.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Programa de Qualificação de Operadoras, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo dos indicadores para a pactuação unificada – 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. 2015. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/index.php?pag=result>

FERNANDES, Roberta Arinelli et al. Fraturas do fêmur proximal no idoso: estudo de custo da doença sob a perspectiva de um hospital público no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 395-416, 2011.

Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Aug. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000200004>.

NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE - NCQA. Medicare HEDIS 2006 Means, Percentiles and Ratios. Frequency of Selected Procedures. http://www.ncqa.org/portals/0/HEDISQM/Programs/CompAud/MPR/Archives/HEDIS_2006_Means_Percentiles_Medicare.pdf

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Rede Interagencial De Informação Para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília, DF, 2008.

1.3. Número de Consultas Médicas Ambulatoriais Seleccionadas por Beneficiário com 60 Anos ou Mais

Conceito

Número médio de consultas ambulatoriais nas especialidades Clínica Médica e Geriatria por beneficiário na faixa etária de 60 anos ou mais no período considerado.

Método de cálculo

$$\frac{(\text{Total de consultas de Clínica Médica} \times 0,25) + \text{total de consultas em geriatria em beneficiários fora do período de carência na faixa etária de 60 anos ou mais.}}{\text{Total de beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais em planos que contenham a segmentação ambulatorial}}$$

Definição de termos utilizados no indicador

Consultas de Clínica Médica - Atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico, na especialidade de clínica médica em beneficiários fora do período de carência. Entre 1998 e 2010, o percentual de consultas em pessoas com 60 anos ou mais variou de 10,8 % a 25,1% em relação ao total de consultas médicas (DATASUS/MS, 2011). Dessa forma, adotou-se como 25%, a participação relativa de consultas voltadas para a faixa etária de 60 anos ou mais em relação ao total de consultas médicas realizadas.

Consultas em Geriatria – Consultas na especialidade médica voltada para o estudo, a prevenção e o tratamento de doenças dos indivíduos na faixa etária de 60 anos ou mais.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano

privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do indicador

Estima a cobertura de consultas médicas de clínica médica e geriatria em beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais de idade.

Aponta situações de dificuldade ou restrição de acesso dos beneficiários com 60 anos ou mais de idade.

Usos

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários e identificar as necessidades de saúde dos indivíduos de 60 anos ou mais de idade.

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 atenção básica.

Possibilitar o redimensionamento da rede credenciada de prestadores, para que os beneficiários na faixa etária acima de 60 anos obtenham acesso adequado às consultas ambulatoriais.

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

Estimular a mudança do Modelo assistencial das operadoras, com ênfase na promoção da saúde, prevenção de riscos e doenças e atenção básica em saúde.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Entre 1998 e 2010, o percentual de consultas em pessoas com 60 anos ou mais variou de 10,8 % a 25,1% em relação ao total de consultas médicas. Dessa forma, adotou-se o percentual de 25% como participação relativa de consultas

voltadas para a faixa etária de 60 anos ou mais em relação ao total de consultas médicas realizadas.

A Programação das Ações de Vigilância em Saúde - PAVS (BRASIL, 2006) propõe a realização de 4 consultas por beneficiário com 60 anos ou mais de idade por ano, o equivalente a 3 consultas de clínica médica e 1 consulta especializada. Para a composição do indicador, para fins do “Programa Qualificação Operadoras”, a consulta geriátrica foi utilizada junto com a consulta de clínica médica para se estimar as consultas com generalistas para idosos. Desse modo, são propostas 3 consultas com médico generalista.

Como forma de indução na saúde suplementar, cujos números de consultas médicas com generalistas ainda é pouco expressiva, propõe-se uma meta de 1,5 consulta médica nas áreas de clínica médica e geriatria.

Meta

A meta é atingir um resultado igual ou superior a 1,5 consulta nas áreas de clínica médica ou geriatria, por beneficiário na faixa etária de 60 anos ou mais, fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Pontuação

NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS SELECIONADAS POR BENEFICIÁRIO COM 60 ANOS OU MAIS	Pontuação
Resultado $\leq 0,5$	0
$0,5 < \text{Resultado} < 1,5$	Resultado - 0,5
Resultado $\geq 1,5$	1

Fonte de dados

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A. “Consultas médicas”; 1. “subitem 1.5 Clínica Médica; e subitem 1.9 – Geriatria); coluna II (Eventos).

Denominador: Número de Beneficiários do SIB (Sistema de Informações de Beneficiários) acima de 60 anos de idade para segmentação ambulatorial.

Ações esperadas para causar impacto no indicador

Identificar as necessidades de saúde dos idosos e adotar estratégias para a captação e aumento da cobertura assistencial básica específica para este ciclo de vida, assim como, das estratégias de prevenção de riscos e doenças.

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

Pactuar e sensibilizar os prestadores sobre a importância do processo de qualificação da assistência básica.

Construir um sistema de informações que permita a identificação do perfil epidemiológico (demográfico, de morbidade, de utilização, entre outros) da população beneficiária.

Limitações e vieses

O indicador utiliza uma estimativa para o cálculo das consultas ambulatoriais de clínica médica realizadas em beneficiários fora do período de carência na faixa etária de 60 anos ou mais, uma vez que este dado não está disponível no SIP.

O indicador pode ser influenciado pela possibilidade de contagem cumulativa de consultas 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 pelas características da infra-estrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, [dez] 2010. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 156 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa, v. 1).

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. PORTARIA N. 64, DE 30 DE MAIO DE 2008. Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS): Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde – Saúde do Idoso, Volume 5, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Rede Interagencial De Informação Para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília, DF, 2008.

1.4. Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal

Conceito

Percentual do número de procedimentos preventivos em saúde bucal em relação ao número total de procedimentos odontológicos realizados no período de análise.

Método de Cálculo:

Número de procedimentos preventivos em saúde bucal em beneficiários fora do período de carência no período de análise	
Total de procedimentos odontológicos realizados em beneficiários fora do período de carência no período de análise	X 100

Definição de termos utilizados no Indicador:

Procedimentos Preventivos: Procedimentos de prevenção em saúde bucal. Consistem em procedimentos clínicos, educativos e/ou terapêuticos que interferem nas causas das doenças bucais, impedindo e/ou retardando o aparecimento de lesões relacionadas aos processos de doenças bucais.

Raspagem supra gengival por hemiarcada (12 anos ou mais): Procedimentos de raspagem para a remoção de cálculo supra gengival, em beneficiários com 12 anos de idade ou mais.

Procedimentos odontológicos: Total de atendimentos com fins de diagnóstico e orientação terapêutica em saúde bucal, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do Indicador: A produção elevada de procedimentos relativos ao bloco preventivo pode apontar a capacidade da operadora em prover ações de prevenção e promoção em saúde bucal, minimizando a necessidade de procedimentos invasivos nos pacientes ao longo do tempo (qualidade).

Usos: Analisar a cobertura de procedimentos preventivos em saúde bucal, identificando variações e tendências que demandem o incremento de ações para a prevenção e intervenção precoce.

Possibilitar a realização de análises epidemiológicas comparativas, observando a série histórica do indicador, e correlacionando a realização de procedimentos preventivos em saúde bucal com os demais procedimentos odontológicos individuais.

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

Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações para a promoção da saúde bucal, prevenção e controle das doenças bucais.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações:

O Programa Nacional de Saúde Bucal preconiza que o conceito ampliado de saúde, que deve nortear a mudança progressiva da prestação de serviços em saúde bucal, recomendando a mudança progressiva do modelo assistencial centrado na doença, para um modelo de atenção integral à saúde por meio da incorporação progressiva de mais ações de promoção da saúde e de proteção, em relação às ações de recuperação propriamente ditas (Brasil, 2008).

Entretanto, a saúde bucal no Brasil ainda enfrenta a incapacidade do modelo de oferta de serviços de incorporar tecnologias que preservem os dentes e procedimentos restauradores inseridos em uma lógica de promoção de saúde (Brasil, 2008).

São necessárias a organização e a qualificação dos serviços odontológicos visando diminuir o número de dentes perdidos por sequelas da cárie e doença periodontal na população brasileira, com a incorporação e a universalização de tecnologias preventivas individuais e coletivas para os agravos bucais mais comuns (Brasil, 2008).

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010, conhecida como Projeto SB Brasil 2010 (Brasil, 2012), analisou a situação da população brasileira com relação aos seguintes fatores: cárie dentária; doenças da gengiva; necessidades de próteses dentais; condições da oclusão; fluorose; traumatismo dentário e ocorrência de dor de dente, entre outros aspectos, com o objetivo de proporcionar ao Ministério da Saúde, informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento no setor, tanto em nível nacional quanto no âmbito municipal (BRASIL, 2012).

Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que, segundo a classificação

adotada pela OMS, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4) para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6) (BRASIL, 2012).

A presença de cálculo e sangramento é mais comum aos 12 anos e entre os adolescentes. As formas mais graves da doença periodontal aparecem de modo mais significativo nos adultos (de 35 a 44 anos), em que se observa uma prevalência de 19,4%. Nos idosos, os problemas gengivais têm pequena expressão em termos populacionais, em decorrência do reduzido número de dentes presentes (BRASIL, 2012).

Ainda segundo os resultados do Levantamento em Saúde Bucal de 2010 no Brasil, aproximadamente 18% dos jovens de 12 anos nunca foram ao dentista em relação a 15% dos indivíduos de 65 a 74 anos. A procura pelo serviço público foi mais acentuada em todas as regiões, assim como a opção de ir ao dentista para prevenção ou tratamento em todo o País (Brasil, 2012).

Aos 12 anos e de 15 a 19 anos de idade, 38% e 36% dos indivíduos, respectivamente, relataram a revisão e/ou prevenção como motivo da última consulta odontológica. Já entre os indivíduos de 35 a 44 anos, essa proporção cai para 21% e, entre os de 65 a 74 anos, vai para 12,8%, enquanto a maior parcela desses últimos estratos relata o tratamento como motivo da consulta (Brasil, 2012).

Ressalta-se a importância da realização de procedimentos preventivos em todos os beneficiários que procurem o serviço odontológico com objetivo de fortalecer a autonomia dos mesmos no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos (Brasil, 2008). Os resultados médios do SB Brasil 2010 para consultas de revisão e/ou prevenção foi de 27% (24 LI – 31 LS) (Brasil, 2012).

De acordo com o Sistema de Informações dos Produtos (SIP) da ANS no ano de 2014, a mediana do setor suplementar de saúde brasileiro para os procedimentos preventivos de cobertura obrigatória no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde foi de 33,33% (BRASIL/ANS, 2014).

Meta: A meta é atingir um resultado igual ou superior à mediana do setor (MS) por porte no período considerado, apurada de acordo com a metodologia do Programa de Qualificação de Operadoras.

Pontuação

Proporção de procedimentos preventivos em saúde bucal	Pontuação (varia de 0 a 1)
Resultado $\leq$ 0,7MS	0
$0,7MS < \text{Resultado} < MS$	$\frac{\text{Resultado} - 0,7MS}{0,3MS}$
Resultado $\geq$ MS	1

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); I.3. Procedimentos preventivos + I.4. Raspagem supragengival por hemiarcada (12 anos ou mais); coluna II (Eventos).

Denominador: Sistema de Informação de Produtos (SIP): Item I. "Procedimentos odontológicos"; coluna II (Eventos).

Ações esperadas para causar impacto no Indicador:

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários que recebem ações de promoção e prevenção em saúde bucal, podendo priorizar beneficiários por ciclos de vida e/ou condição de saúde.

Analisar a orientação dos modelos assistenciais praticados na atenção odontológica da saúde suplementar.

Apontar a necessidade de estudos específicos de qualidade da atenção à saúde bucal.

Sensibilizar as operadoras sobre a importância da prevenção e qualificação da atenção em saúde bucal.

Divulgar os indicadores estabelecidos para as operadoras junto aos prestadores de serviço, sensibilizando as operadoras sobre a importância da prevenção e qualificação da atenção em saúde bucal.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de ações de prevenção e/ou promoção, proteção e diagnóstico precoce em saúde bucal.

Construir um sistema de informações que permita a identificação do perfil epidemiológico (demográfico, de morbidade, de utilização, entre outros) da população beneficiária.

Limitações e Vieses:

O indicador pode ser influenciado pela possibilidade de contagem cumulativa de procedimentos em um mesmo beneficiário.

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

O indicador pode ser influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso ao serviço de saúde bucal.

Referências:

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, [dez], 64p, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sistema de Informações de Produtos – SIP.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; 17), 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife, v. 3, n. 2, jun. 2003. p. 221-224.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; 17), 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 156 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa, v. 1).

HOBDELL, M. ET AL. Global goals for oral health 2020. International Dental Journal. 53, 285–288, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Rede Interagencial De Informação Para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília, DF, 2008.

1.5. Proporção de Exodontias entre Procedimentos Odontológicos Individuais

Conceito

Percentual de exodontias simples de permanentes realizadas em beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência para o procedimento, no período de análise, em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados.

Método de cálculo

Número total de exodontias simples de dentes permanentes em beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência no período de análise
Total de procedimentos odontológicos realizados em beneficiários fora do período de carência no período de análise

Definição de termos utilizados no indicador:

Exodontia simples de permanente (na faixa etária de 12 anos ou mais) - Número de dentes permanentes extraídos em função de acometimento por cárie ou doença periodontal, à exceção das extrações de terceiro molar incluso/ semi-incluso, dentes supranumerários, extrações por indicação ortodôntica/protética ou em decorrência de trauma, em beneficiários com 12 anos de idade ou mais.

Procedimentos odontológicos: Total de atendimentos com fins de diagnóstico e orientação terapêutica em saúde bucal, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do Indicador

Quanto menor o percentual, maior a qualidade do tratamento ofertado pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sugerindo que o leque de ações abrange um maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento de exodontias.

Usos

Analisar variações temporais de exodontias, identificando tendências que demandem ações e estudos específicos.

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

A produção elevada de exodontias de dente permanente pode apontar a incapacidade da operadora em evitá-las por meio de ações de prevenção de riscos e doenças e maior oferta dos serviços de atenção básica.

Induzir a inclusão de procedimentos preventivos e referência a procedimentos especializados em Odontologia para evitar a extração dentária.

Garantir acesso dos beneficiários a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante o aprimoramento da atenção em saúde bucal.

Identificar possíveis tendências que demandem a implementação de ações voltadas para promoção e prevenção da saúde bucal, no setor de saúde suplementar.

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

Apontar a necessidade de estudos específicos da qualidade da atenção à saúde bucal.

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.7 "Exodontias simples de permanentes (12 anos ou mais)"; coluna II (Eventos).

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I. "Procedimentos odontológicos" coluna II, (Eventos).

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações:

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010, conhecida como Projeto SB Brasil 2010, analisou a situação da população brasileira com relação à cárie dentária, às doenças da gengiva, às necessidades de próteses dentais, às condições da oclusão, à fluorose, ao traumatismo dentário e à ocorrência de dor de dente, entre outros aspectos, com o objetivo de proporcionar ao Ministério da Saúde, informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento no setor, tanto em nível nacional quanto no âmbito municipal (BRASIL, 2012).

Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que, segundo a classificação adotada pela OMS, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4) para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6). Vale destacar que a população adulta de 35 a 44 anos, ao longo dos últimos sete anos, está tendo um menor ataque de cárie e está, também, tendo um maior acesso a serviços odontológicos para restaurações dentárias. Esta é uma importantíssima inversão de tendência

registrada no País: os procedimentos mutiladores, representados pelas extrações de dentes, cedem espaço aos tratamentos restauradores.

Os últimos dados sobre a saúde bucal dos brasileiros do SB Brasil 2010 indicaram que na faixa etária de 12 anos, 9,6% relataram que a exodontia foi o motivo para a última consulta odontológica. Entre os indivíduos de 15 a 19 anos, o relato foi de 8,5% para o mesmo procedimento (Tabelas 1 e 2). Já nas faixas etárias entre 35 e 44 anos e 65 a 74 anos, esse percentual aumentou, respectivamente, para 15% e 27% (Tabelas 3 e 4).

Tabela 1 - Uso de serviços odontológicos para indivíduos de 12 anos de idade por região do Brasil.

	n	Região															Brasil			
		Norte				Nordeste				Sudeste				Sul						Centro-Oeste
		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		
			L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.	L.I.
Consulta ao dentista pelo menos uma vez na vida																				
Não	1.337	26,8	22,2	32,1	25,8	21,1	31,2	16,6	11,6	23,2	9,8	6,6	14,2	19,6	13,3	27,9	18,1	14,7	22,1	
Sim	5.918	71,4	66,0	76,3	73,1	67,7	78,0	82,0	76,0	86,7	88,4	82,3	92,6	79,4	70,2	86,2	80,5	76,8	83,7	
Não sabe/Não respondeu	73	1,8	1,0	3,2	1,1	0,5	2,4	1,4	0,4	4,7	1,8	0,4	7,0	1,1	0,4	2,7	1,4	0,7	3,0	
Frequência da consulta																				
Menos de 1 ano	3.570	52,1	46,1	58,0	61,9	57,8	66,0	53,4	44,1	62,4	67,8	60,7	74,1	61,0	55,2	66,5	56,6	50,5	62,5	
1 a 2 anos	1.669	35,3	30,7	40,2	26,7	23,3	30,3	32,7	26,6	39,4	22,9	17,6	29,2	27,9	23,6	32,6	30,7	26,6	35,0	
3 ou mais anos	595	11,7	8,5	16,1	9,8	7,5	12,7	11,7	7,8	17,2	8,5	5,3	13,3	9,0	6,4	12,6	10,9	8,3	14,2	
Não sabe/Não respondeu	78	0,9	0,3	2,6	1,6	0,8	3,1	2,2	0,5	8,7	0,9	0,3	2,6	2,1	0,9	4,6	1,9	0,6	5,2	
Onde consultou																				
Serviço Público	3.207	64,3	56,9	71,0	56,1	51,8	60,4	57,9	50,8	64,7	57,5	49,2	65,3	56,7	50,4	62,8	58,1	53,6	62,5	
Serviço Particular	1.898	26,0	19,7	33,6	28,9	25,6	32,6	34,3	25,9	43,7	30,4	23,9	37,7	33,9	27,8	40,5	32,5	27,3	38,2	
Plano de Saúde/Convênios	690	8,0	5,9	10,8	13,4	10,8	16,4	5,6	4,0	7,8	10,1	6,7	15,1	7,9	6,0	10,4	7,4	6,1	8,9	
Outros	80	1,3	0,6	2,7	1,0	0,5	2,1	0,3	0,1	0,6	1,4	0,4	5,2	1,1	0,3	3,3	0,6	0,4	1,0	
Não sabe/Não respondeu	39	0,4	0,1	1,3	0,5	0,2	1,2	1,9	0,4	9,3	0,6	0,1	2,8	0,5	0,1	1,8	1,4	0,3	5,7	
Qual foi o motivo da última consulta																				
Revisão e/ou prevenção	2.172	28,0	23,2	33,4	35,1	30,4	40,1	40,2	35,1	45,6	41,6	35,5	47,9	32,0	26,7	37,7	38,3	34,9	41,8	
Dor	748	17,9	13,7	23,1	10,0	7,4	13,4	14,3	10,3	19,5	13,1	9,5	17,8	16,3	13,5	19,6	14,1	11,4	17,3	
Extração	708	26,0	21,1	31,6	17,5	14,4	20,9	6,1	3,8	9,8	7,7	5,2	11,3	11,6	9,1	14,6	9,6	7,7	11,9	
Tratamento	2.082	26,1	21,0	31,9	33,4	28,8	38,3	33,4	27,7	39,6	34,5	28,8	40,7	36,8	31,2	42,8	33,1	29,5	37,0	
Outros	152	1,3	0,5	3,2	3,2	1,7	5,8	3,6	1,8	7,2	2,2	1,2	4,2	2,5	1,4	4,2	3,1	1,9	5,2	
Não sabe/Não respondeu	51	0,8	0,2	2,7	0,9	0,4	1,8	2,3	0,6	8,5	0,9	0,3	3,2	0,9	0,2	3,5	1,8	0,6	5,3	

Fonte: SB Brasil 2010 (Brasil, 2012).

Tabela 2 - Uso de serviços odontológicos para indivíduos de 15 a 19 anos de idade por região do Brasil.

	n	Região															Brasil		
		Norte			Nordeste			Sudeste			Sul			Centro-Oeste					
		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)	
			L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.
Consulta ao dentista pelo menos uma vez na vida																			
Não	726	16,6	12,0	22,5	16,0	12,7	19,9	14,0	10,4	18,6	5,0	2,8	8,9	19,4	7,4	42,1	13,6	11,0	16,6
Sim	4.685	82,9	76,9	87,5	82,9	79,1	86,1	85,6	81,0	89,2	94,1	90,1	96,6	79,8	57,8	91,9	85,8	82,8	88,4
Não sabe/Não respondeu	34	0,6	0,2	1,5	1,1	0,6	2,3	0,4	0,1	2,0	0,9	0,2	3,4	0,8	0,3	2,4	0,6	0,3	1,2
Frequência da consulta																			
Menos de 1 ano	2.705	54,7	46,6	62,5	57,7	53,0	62,3	50,0	42,8	57,2	63,8	56,6	70,4	56,4	50,6	62,0	53,9	49,5	58,3
1 a 2 anos	1.251	30,7	26,1	35,6	26,2	22,4	30,4	29,8	23,7	36,7	27,0	21,7	33,0	25,6	21,3	30,4	28,7	25,0	32,8
3 ou mais anos	674	13,6	8,8	20,5	15,3	12,5	18,6	18,8	14,3	24,2	8,9	6,4	12,2	16,0	12,1	20,7	16,2	13,5	19,3
Não sabe/Não respondeu	53	1,0	0,4	2,4	0,8	0,3	2,0	1,5	0,6	3,5	0,4	0,1	1,0	2,1	0,8	5,1	1,2	0,7	2,2
Onde consultou																			
Serviço Público	2.207	65,4	59,6	70,8	51,7	47,3	56,1	43,2	34,1	52,9	41,3	34,2	48,8	49,8	44,2	55,5	46,3	40,7	51,9
Serviço Particular	1.842	24,8	21,0	29,1	33,8	29,8	38,0	47,1	38,9	55,5	47,9	40,6	55,2	41,6	36,0	47,3	43,4	38,5	48,4
Plano de Saúde/Convênios	535	5,3	2,9	9,5	12,6	10,1	15,6	8,2	5,8	11,5	9,7	6,4	14,5	7,2	5,3	9,7	8,6	7,0	10,6
Outros	70	3,7	1,3	10,1	1,1	0,5	2,1	1,3	0,4	4,0	0,5	0,2	1,1	0,9	0,3	2,9	1,3	0,6	2,6
Não sabe/Não respondeu	30	0,7	0,2	2,5	0,8	0,4	1,6	0,2	0,1	0,5	0,6	0,1	2,7	0,5	0,1	1,9	0,4	0,2	0,7
Qual foi o motivo da última consulta																			
Revisão e/ou prevenção	1.616	24,5	19,8	30,1	32,3	28,9	36,0	38,5	29,2	48,7	41,7	36,2	47,4	25,3	20,1	31,2	36,2	30,6	42,2
Dor	605	17,7	13,5	23,0	12,6	9,4	16,7	13,6	10,2	17,9	15,4	11,8	19,8	18,7	14,5	23,7	14,5	12,2	17,1
Extração	475	21,3	17,0	26,4	13,2	10,5	16,6	6,6	4,4	9,8	4,6	2,7	7,6	9,8	7,0	13,6	8,5	7,0	10,4
Tratamento	1.794	33,7	28,1	39,8	39,1	35,1	43,3	38,2	30,3	46,9	33,8	28,9	39,0	39,6	33,1	46,5	37,3	32,5	42,4
Outros	153	2,6	1,4	4,8	1,6	0,9	3,0	2,5	1,4	4,5	4,0	2,4	6,8	4,7	3,0	7,2	2,8	2,0	3,9
Não sabe/Não respondeu	39	0,1	0,0	0,3	1,0	0,5	2,2	0,5	0,1	2,0	0,5	0,1	2,8	1,9	0,8	4,5	0,6	0,3	1,3

Fonte: SB Brasil 2010 (Brasil, 2012).

Tabela 3 - Uso de serviços odontológicos para indivíduos de 35 a 44 anos de idade por região do Brasil.

	n	Região															Brasil		
		Norte			Nordeste			Sudeste			Sul			Centro-Oeste					
		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)	
			L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.
Consulta ao dentista pelo menos uma vez na vida																			
Não	688	14,5	7,7	25,6	8,8	6,3	12,1	6,7	4,5	10,1	3,9	2,3	6,6	9,7	3,7	23,2	7,1	5,4	9,3
Sim	9.005	84,1	73,1	91,2	90,7	87,3	93,2	91,9	87,8	94,6	95,4	92,4	97,2	90,3	76,8	96,3	91,7	89,2	93,7
Não sabe/Não respondeu	85	1,3	0,8	2,4	0,6	0,3	1,2	1,4	0,4	4,6	0,7	0,2	2,3	0,0	0,0	0,0	1,1	0,4	2,8
Frequência da consulta																			
Menos de 1 ano	4.543	44,2	38,3	50,2	51,0	47,2	54,7	46,5	42,3	50,9	59,2	54,4	63,9	46,4	42,5	50,3	49,1	46,3	51,9
1 a 2 anos	2.446	28,6	24,7	32,9	25,1	22,7	27,6	28,8	25,6	32,2	25,8	22,3	29,6	24,3	21,7	27,2	27,6	25,5	29,8
3 ou mais anos	1.914	25,3	21,3	29,8	22,8	20,1	25,6	24,3	20,5	28,6	14,7	12,0	17,8	27,1	23,5	31,1	22,7	20,2	25,3
Não sabe/Não respondeu	79	2,0	0,9	4,1	1,2	0,5	2,8	0,4	0,2	0,8	0,3	0,1	1,1	2,1	0,6	7,9	0,6	0,4	1,0
Onde consultou																			
Serviço Público	3.574	47,7	42,4	53,1	41,3	37,5	45,2	38,2	32,0	44,8	31,8	25,1	39,4	44,3	37,3	51,5	38,3	34,2	42,5
Serviço Particular	3.986	38,0	33,2	43,0	41,8	38,8	44,9	51,6	45,0	58,2	50,0	44,6	55,5	43,8	36,8	51,0	49,1	45,0	53,2
Plano de Saúde/Convênios	1.295	11,5	8,8	14,9	15,0	12,8	17,5	9,5	7,5	11,9	17,4	13,1	22,8	10,2	8,3	12,5	11,6	10,0	13,3
Outros	123	2,0	0,8	4,8	1,5	0,9	2,5	0,6	0,3	1,3	0,5	0,2	1,0	1,6	0,7	3,8	0,8	0,6	1,2
Não sabe/Não respondeu	26	0,7	0,2	2,4	0,4	0,1	1,6	0,1	0,0	0,5	0,3	0,1	1,1	0,1	0,0	0,7	0,2	0,1	0,4
Qual foi o motivo da última consulta																			
Revisão e/ou prevenção	1.961	18,0	14,4	22,3	20,2	17,5	23,1	19,7	17,0	22,7	31,2	25,8	37,2	15,5	12,8	18,7	21,4	19,4	23,6
Dor	1.298	16,2	13,7	19,1	12,2	10,3	14,4	17,3	14,4	20,7	12,4	10,2	14,9	16,4	14,1	19,0	15,8	13,9	17,9
Extração	1.628	25,1	21,0	29,7	24,8	22,1	27,7	13,4	10,3	17,2	12,7	9,5	16,7	18,7	15,9	21,9	15,3	13,2	17,7
Tratamento	3.874	38,3	34,1	42,6	40,4	37,0	43,9	46,8	42,9	50,7	41,0	36,4	45,7	45,7	41,9	49,6	44,6	42,0	47,2
Outros	209	1,9	0,9	4,0	1,6	1,1	2,4	2,8	1,7	4,6	2,7	1,5	4,8	3,2	2,0	5,1	2,6	1,9	3,7
Não sabe/Não respondeu	31	0,5	0,2	1,3	0,9	0,4	2,0	0,1	0,0	0,3	0,1	0,0	0,5	0,5	0,2	1,5	0,2	0,1	0,3

Fonte: SB Brasil 2010 (Brasil, 2012).

Tabela 4 - Uso de serviços odontológicos para indivíduos de 65 a 74 anos de idade por região do Brasil.

	n	Região															Brasil		
		Norte			Nordeste			Sudeste			Sul			Centro-Oeste					
		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)	
			L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.
Consulta ao dentista pelo menos uma vez na vida																			
Não	1.058	28,5	16,8	44,1	16,5	11,1	23,9	14,1	8,9	21,6	9,1	5,1	15,7	22,0	14,3	32,3	14,7	11,0	19,5
Sim	6.423	68,0	52,5	80,3	81,3	74,1	86,9	85,2	77,4	90,6	89,1	82,5	93,3	76,6	66,6	84,3	84,0	79,1	88,0
Não sabe/Não respondeu	138	3,5	1,7	7,1	2,2	1,2	4,0	0,7	0,2	2,3	1,9	0,5	6,2	1,4	0,5	3,7	1,2	0,7	2,1
Frequência da consulta																			
Menos de 1 ano	2.041	22,0	16,8	28,4	32,2	28,8	35,9	31,0	25,3	37,2	30,4	24,8	36,7	26,4	21,8	31,6	30,4	26,6	34,4
1 a 2 anos	1.232	17,0	12,6	22,4	18,7	16,2	21,5	22,3	18,2	27,0	17,5	13,2	22,8	20,1	16,5	24,4	20,8	18,0	23,9
3 ou mais anos	2.778	52,7	46,8	58,5	43,9	39,5	48,4	39,7	35,0	44,7	46,7	40,5	53,0	47,5	41,2	53,9	42,3	39,0	45,7
Não sabe/Não respondeu	314	8,3	5,0	13,3	5,2	3,3	7,9	7,0	3,5	13,7	5,4	2,4	11,6	6,0	3,4	10,3	6,5	4,0	10,6
Onde consultou																			
Serviço Público	2.084	41,5	35,3	48,0	41,8	37,5	46,3	26,0	20,5	32,3	28,8	23,4	34,8	32,1	26,8	38,0	28,9	25,2	33,0
Serviço Particular	3.472	43,5	36,6	50,6	43,8	39,7	47,9	62,8	55,7	69,4	61,9	55,8	67,7	57,9	51,3	64,2	59,8	55,2	64,2
Plano de Saúde/Convênios	591	4,6	3,3	6,5	9,7	7,8	11,8	7,3	5,0	10,7	6,5	4,4	9,4	5,8	4,2	8,0	7,2	5,5	9,3
Outros	156	6,1	2,7	12,9	3,0	2,0	4,4	1,5	0,6	3,7	2,1	0,7	6,0	2,6	1,4	4,8	2,0	1,2	3,2
Não sabe/Não respondeu	105	4,3	1,0	17,3	1,8	1,1	2,8	2,4	1,2	4,6	0,7	0,2	2,0	1,6	0,6	3,7	2,1	1,2	3,5
Qual foi o motivo da última consulta																			
Revisão e/ou prevenção	782	7,0	3,3	14,3	10,4	8,5	12,7	14,1	10,2	19,3	13,0	9,7	17,1	5,7	3,9	8,3	12,8	10,1	16,1
Dor	512	7,7	5,6	10,6	8,2	6,1	11,0	8,2	5,7	11,6	9,2	6,5	12,9	9,5	6,7	13,2	8,4	6,6	10,6
Extração	2.005	46,2	39,3	53,3	40,4	37,1	43,8	24,0	17,6	31,9	22,9	18,4	28,1	35,9	28,4	44,1	26,9	22,6	31,8
Tratamento	2.262	24,9	18,3	33,0	30,1	26,8	33,5	38,2	30,1	47,0	38,3	31,3	45,9	36,5	31,3	42,0	36,8	31,4	42,5
Outros	764	13,9	8,9	21,0	9,1	7,0	11,7	13,9	9,1	20,7	15,5	9,1	25,1	11,3	7,9	15,9	13,6	10,1	18,0
Não sabe/Não respondeu	77	0,3	0,1	0,5	1,8	1,1	2,9	1,6	0,7	3,4	1,2	0,5	2,9	1,2	0,3	4,0	1,5	0,8	2,5

Fonte: SB Brasil 2010 (Brasil, 2012).

Os resultados do SB Brasil 2010 sugerem que, quanto menor o percentual de exodontias em dentes permanentes, maior a qualidade do tratamento em saúde bucal, indicando que o leque de ações abrange um maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária.

Além disso, os percentuais relatados de motivação para procura à consulta odontológica diferiram entre as faixas etárias estudadas.

Ainda, vale destacar o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede, que constitui uma proposta de intervenção para apoio à organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no Brasil. Trata-se de um projeto de cooperação entre o Banco Mundial e o Ministério da Saúde que visa somar-se aos esforços permanentes de consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS. Como objetivos, busca-se contribuir para a qualificação da atenção, gestão em saúde e gestão e desenvolvimento de tecnologias, por meio da organização de redes regionais e temáticas de atenção à saúde e da qualificação do cuidado em saúde. Dentre os muitos indicadores propostos, vale destacar o Indicador Percentual de Exodontias de permanentes em relação aos procedimentos básicos realizados, cuja meta estabelecida é até 5%.

O Índice de Desempenho do SUS – o IDSUS propõe uma meta maior, de 8% das exodontias entre todos os procedimentos odontológicos (média dos municípios que tem cobertura de ESB ou Equipes de THD/ACD maior que 60%).

A OMS recomendou para o ano de 2010 as seguintes metas: aos 18 anos, nenhuma perda dentária; de 35 a 44 anos, até 2% de perda dentária e de 65 a 74 anos, até 5% de perda dentária.

Na Saúde Suplementar, de acordo com o Sistema de Informações de Produtos, para o ano de 2014, a mediana do setor para exodontias entre todos os procedimentos odontológicos individuais foi de 0,98%, demonstrando, portanto, percentuais inferiores aos praticados no SUS. (BRASIL/ANS, 2014)

Meta

A meta é atingir um resultado menor ou igual 1, no período considerado.

Pontuação

Proporção de exodontias entre procedimentos odontológicos	Pontuação (varia de 0 a 1)
Resultado ≤ 1	1
$1 < \text{Resultado} < 5$	$0 < V < 1$
Resultado ≥ 5	Zero

$$V = 1 - (((1 < \text{Resultado} < 5) - 1) / 4)$$

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários e identificar as necessidades de saúde dos indivíduos.

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

Divulgar os indicadores estabelecidos junto aos prestadores de serviço.

Sensibilizar e pactuar com os prestadores sobre a importância da prevenção e qualificação da atenção em saúde bucal.

Construir um sistema de informações que permita a identificação do perfil epidemiológico (demográfico, de morbidade, de utilização, entre outros) da população beneficiária.

Apontar para a necessidade de educação permanente para a rede de prestadores, visando à uniformidade operacional e ao desenvolvimento de práticas centradas na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais.

Apontar a necessidade de estudos específicos da qualidade da atenção à saúde bucal.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal.

Limitações e Vieses

O indicador poderá ser influenciado pela composição etária da carteira de beneficiários.

O indicador pode ser influenciado pela possibilidade de contagem cumulativa de exodontias de dentes permanentes realizadas em um mesmo beneficiário maior que 12 anos de idade.

Ao serem considerados todos os procedimentos realizados em beneficiários de todas as faixas etárias no numerador, pode haver uma subestimação do procedimento exodontia em dentes permanentes, uma vez que só estão sendo consideradas as exodontias realizadas em beneficiários maiores de 12 anos de idade.

Poderá ser influenciado pelo tempo de permanência do beneficiário no plano, quando este for insuficiente para evitar exodontias por meio de ações de promoção e prevenção implementadas pela operadora; e quando não houver possibilidade de evitar as exodontias diante da entrada de novos beneficiários com a necessidade já instalada.

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

Sub-registros de procedimentos alteram os resultados.

Bibliografia

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, [dez] 2010. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva - Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação. ID-SUS: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Disponível em <http://idsus.saude.gov.br/index.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sistema de Informações dos Produtos, 2014.

Roncalli AGCO. Edentulismo. In: Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 205-18.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Rede Interagencial De Informação Para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília, DF, 2008.

1.6. Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças – Bônus

Conceito

Pontuação bônus atribuída ao resultado do Índice de Desempenho da Dimensão Qualidade na Atenção à Saúde – IDQS, para as operadoras que tiverem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados junto à ANS na data do processamento do IDSS.

Método de Cálculo

Resultado do IDQS + (IDQS*0,10) *Observação: Pontuação bônus = pontuação calculada especificamente para cada operadora. Para obter esta pontuação a operadora deverá ter:

- Formulário de Cadastramento (FC) devidamente preenchido, até 31 de dezembro do ano de referência da avaliação de desempenho, além do Formulário de Monitoramento (FM) anual preenchido, quando devido, referentes aos programas em áreas de atenção que não incluam a área de atenção ao idoso. Os programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (FC ou FM) deverão estar aprovados pela ANS, até a data do processamento do IDSS, conforme disposto na Instrução Normativa Conjunta DIOPE e DIPRO nº 07 de 23/11/2012.

O resultado final do IDQS acrescido da pontuação bônus não poderá ultrapassar o valor 1 (um).

Resultado do IDQS + (IDQS*0,15)

*Observação: Pontuação bônus = pontuação calculada especificamente para cada operadora. Para obter esta pontuação, a operadora deverá ter:

- Formulário de Cadastramento (FC) devidamente preenchido, até 31 de dezembro do ano de referência da avaliação de desempenho, além do Formulário de Monitoramento (FM) anual preenchido, quando devido, referentes aos programas **que incluam a área de atenção ao idoso sem limite superior de idade, ou seja, que não restrinja qualquer faixa etária acima de 60 anos**. Os programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (FC ou FM) deverão estar aprovados pela ANS, até a data do processamento do IDSS, conforme disposto na Instrução Normativa Conjunta DIOPE e DIPRO nº 07 de 23/11/2012.

O resultado final do IDQS acrescido da pontuação bônus não poderá ultrapassar o valor 1 (um).

OBSERVAÇÃO: A pontuação bônus não é cumulativa, ou seja, caso a operadora possua programas aprovados na área de atenção ao idoso e também nas demais áreas de atenção, a bonificação máxima será de (IDQS*0,15).

Interpretação da Pontuação Bônus

Bonifica a operadora que possui programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados pela ANS, elevando a pontuação do IDQS. Para aquelas que possuem programas aprovados pela ANS, que incluam a área de atenção ao idoso sem limite superior de idade, a bonificação é maior.

A ANS tem buscado estimular as operadoras de planos de saúde a repensarem a organização do sistema de saúde com vistas a contribuir para mudanças que possibilitem sair do modelo hegemonicamente centrado na doença para um modelo de atenção em que haja incorporação progressiva de ações para

promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Desta forma, esta Pontuação Bônus se aplica às operadoras de planos privados de assistência à saúde que têm desenvolvido estratégias alinhadas a esta proposta de reorientação dos modelos assistenciais.

Usos

Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde a desenvolverem programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, contribuindo para a melhoria dos níveis de saúde da população beneficiária.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Instrução Normativa Conjunta DIOPE/DIPRO 07 de 23/11/2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa 264 de 19 de agosto de 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Instrução Normativa 34 de 19 de agosto de 2011.

1.7. Programa de Operadoras Apoiadoras

Conceito

Pontuação base atribuída ao resultado do Índice de Desempenho da Qualidade em Atenção à Saúde – IDQS, para as operadoras que assinaram Termo de Compromisso como Operadora Apoiadora do Projeto Parto Adequado e desenvolveram atividades previstas no termo até a data do processamento do IDSS.

Método de Cálculo

$$\text{(Pontuação Base + IDQS)} \leq 1$$

Onde:

Pontuação base = 0,1 (referente à pontuação base dada pelo cumprimento do Termo de Compromisso das Operadoras Apoiadoras do Projeto Parto Adequado)
IDQS = média ponderada dos índices de desempenho dos indicadores da dimensão, calculada através da seguinte fórmula:

$$IDQS = \frac{ID1.p1 + ID2.p2 + ID3.p3 + ID4.p4 + ID5.p5}{p1 + p2 + p3 + p4 + p5}$$

Onde:

ID1 = índice de desempenho do indicador "Proporção de Parto Cesáreo"

ID2 = índice de desempenho do indicador "Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos"

ID3= índice de desempenho do indicador "Número de Consultas Médicas Ambulatoriais Selecionadas por Beneficiário com 60 Anos ou Mais"

ID4= índice de desempenho do indicador "Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal"

ID5= índice de desempenho do indicador "Proporção de Exodontias entre Procedimentos Odontológicos Individuais"

P = peso do indicador

*Observação: Pontuação base = pontuação calculada especificamente para cada operadora. Para obter esta pontuação a operadora deverá ter:

- Assinado o Termo de Compromisso como operadora apoiadora do Projeto Parto Adequado e;
- Enviado proposta com os compromissos a serem desenvolvidos em relação ao projeto e;
- Realizado as atividades previstas no termo de compromisso.

O resultado final do IDQS acrescido da pontuação base não poderá ultrapassar o valor 1 (um).

Interpretação da Pontuação Base

Incentiva a operadora que participa dos projetos propostos pela ANS de forma voluntária. A ANS propôs às operadoras um compromisso em prol da indução da qualidade dos prestadores no que concerne à estrutura e organização da atenção hospitalar ao parto e nascimento. Desta forma, esta Pontuação Base se aplica às operadoras de planos privados de assistência à saúde que têm desenvolvido estratégias alinhadas a esta proposta de reorientação do modelo assistencial de atenção obstétrica.

Usos

Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde a colaborarem com a ANS e os prestadores de serviço em suas iniciativas de mudança de modelo assistencial, contribuindo para a melhoria da assistência obstétrica na população beneficiária.

2. INDICADORES DA DIMENSÃO GARANTIA DE ACESSO – IDGA

2.1 Taxa de Citopatologia Cérvico - Vaginal Oncótica

Conceito

Número médio de procedimentos diagnósticos em citopatologia cérvico-vaginal oncológica para cada 100 beneficiárias da operadora na faixa etária de 25 a 59 anos fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Método de cálculo

Número total de procedimentos diagnósticos em citopatologia cérvico-vaginal oncológica em beneficiárias de 25 a 59 anos fora do período de carência	x 100
Número total de beneficiárias na faixa etária de 25 a 59 anos fora do período de carência para o procedimento	

Definição de termos utilizados no indicador

Procedimentos diagnósticos em citopatologia cérvico-vaginal oncótica (exame Papanicolau) - É o exame colpocitopatológico de esfregaço de material do colo uterino para a identificação de células atípicas.

Período de Carência – Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do indicador

Permite estimar a cobertura do procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncótica para mulheres entre 25 e 59 anos de idade, ou seja, inferir a frequência relativa da população beneficiária na faixa etária indicada que está realizando o exame em relação ao total que deveria realizá-lo anualmente. Com isso, é possível avaliar o alcance da mobilização da população beneficiária em relação ao rastreamento em citopatologia cérvico-vaginal oncótica num determinado período de tempo.

Taxas reduzidas podem refletir dificuldades da operadora para a sensibilização e captação das beneficiárias para a realização do rastreamento do câncer de colo uterino, bem como sobre, dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Usos

Avaliar a evolução da realização de citopatologia cérvico-vaginal oncótica, identificando tendências de cobertura deste procedimento, com vistas a inferir a detecção precoce do câncer de colo de útero em mulheres de 25 a 59 anos de idade.

Contribuir para a identificação da capacidade de captação das mulheres de 25 a 59 anos de idade pelas operadoras de saúde, fortalecendo e ampliando as ações de detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de colo de útero.

Promover a atenção integral da saúde da mulher, com ênfase na população de maior vulnerabilidade.

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

No mundo, há aproximadamente 530 mil casos novos de câncer do colo do útero por ano. Este é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres (WHO, 2012).

No Brasil, em 2012, esta neoplasia representou a terceira causa de morte por câncer em mulheres com óbitos. Em 2014, esperava-se um risco estimado de 15,3 casos a cada 100 mil mulheres. Essas taxas de incidência e de mortalidade no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos, que apresentam programas de detecção precoce já bem estruturados (INCA, 2014).

O câncer do colo do útero é raro em mulheres até 30 anos e tanto a sua incidência quanto a mortalidade aumentam progressivamente até ter seu pico na faixa de 45 a 50 anos, com expressivas diferenças regionais (Brasil, 2013).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as estratégias para a detecção precoce são: o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença) e o rastreamento (aplicação de um exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-las para investigação e tratamento) (WHO, 2007).

O principal método e mais amplamente utilizado para rastreamento do câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau - exame citopatológico do colo do útero, que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual. A priorização desta faixa etária como a população-alvo justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente para não evoluírem para o câncer (Brasil, 2013).

Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (WHO, 2008).

A rotina recomendada para o rastreamento no Brasil é a repetição do exame Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento (BRASIL, 2013).

A periodicidade de três anos tem como base a recomendação da OMS e as diretrizes da maioria dos países com programa de rastreamento organizado. Tais diretrizes justificam-se pela ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalo de três anos (WHO, 2012).

Segundo o INCA (2003), as recomendações são:

- O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico;
- O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual;
- O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual;

- Os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos; e
- Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, as mesmas podem ser dispensadas de exames adicionais.

Essas recomendações não se aplicam a mulheres com história prévia de lesões precursoras do câncer do colo uterino ou em situações especiais como as portadoras do vírus HIV ou imunodeprimidas. Nessas situações especiais, o exame deve ser realizado anualmente, pois essas mulheres apresentam defesa imunológica reduzida e, em consequência, maior vulnerabilidade para as lesões precursoras de câncer do colo do útero. Por outro lado, não devem ser incluídas no rastreamento as mulheres hysterectomizadas por outras razões que não o câncer do colo do útero (Brasil, 2013).

No Brasil, apesar das recomendações, ainda é prática comum o exame anual. Dos 12 milhões de exames realizados por ano, o que teoricamente cobriria 36 milhões de mulheres (aproximadamente 80% da população-alvo do programa), mais da metade é repetição desnecessária, ou seja, realizados antes do intervalo proposto (Brasil, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde/INCA/SISCAN/SISCOLO, razões anuais de 0,3 exames a cada 3 anos sugerem que a oferta é suficiente para atender a 100% da população alvo no período.

Ainda que a faixa etária atualmente recomendada tenha sido ampliada, de 25 a 59 anos para uma faixa entre 25 a 64 anos, para fins do Programa de Qualificação de Operadoras, para o ano-base 2015, em curso, por motivos operacionais, a forma de cálculo continuará considerando a faixa etária de 25 a 59 anos.

Meta

A meta anual é atingir um resultado igual ou superior a 28 exames de citopatologia cérvico-vaginal oncológica para cada 100 beneficiárias na faixa etária de 25 a 59 anos, considerando a realização de um exame a cada três anos, em mulheres nessa faixa etária.

Pontuação

TAXA DE CITOPATOLOGIA CÉRVICO-VAGINAL ONCOLÓGICA	Pontuação
Resultado do indicador	Valor de 0 a 1
Resultado = 0	0
0 < Resultado < 28	0 < V < 1
Resultado ≥ 28	1

$V = (\text{Resultado} > 0 \text{ e} < 28) / 28$

Fonte de dados

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item C.3 "Procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncológica em mulheres de 25 a 59 anos"; coluna II (Eventos).

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item C.3 "Procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncológica em mulheres de 25 a 59 anos"; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência).

Ações esperadas para causar impacto no indicador

Incentivar a realização da repetição do exame 'citopatologia cérvico-vaginal oncológica' a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano, para o rastreamento do câncer de colo de útero em mulheres entre 25 e 59 anos por meio da adoção de estratégias de busca ativa para a captação de beneficiárias e aumento da cobertura assistencial.

Incentivar a divulgação de informações a respeito do câncer de colo uterino e sua ocorrência nas diversas faixas etárias da população feminina, dos fatores de risco -

como a infecção por HPV, garantindo orientação adequada quanto à forma de prevenção desta doença às mulheres beneficiárias de planos de saúde.

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

Construir sistema de informações que permita a definição do perfil epidemiológico (demográfico, de morbidade, de utilização, entre outros) da população beneficiária.

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

Limitações e vieses

A utilização do total de procedimentos de citopatologia cérvico-vaginal oncológica para o cálculo deste indicador poderá levar à superestimação do resultado, tendo em vista a possibilidade de beneficiárias que realizaram mais de um exame no mesmo período, assim como a frequência diferenciada de realização do procedimento em grupos de alto risco.

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

O indicador pode ser influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso a consultas.

Embora a recomendação atual do Instituto Nacional do Câncer - INCA seja para ampliar a faixa etária de oferta de exame para beneficiárias entre 25 e 64 anos, essa alteração não será viável para o ano-base 2015 do Programa de Qualificação de Operadoras por problemas operacionais.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, [dez] 2010. 64 p.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Atlas da Mortalidade. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/> Acesso em: 14/11/2014.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

Disponível em:

http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura_colo_do_uterio.pdf. Acesso em: 06 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife, v. 3, n. 2, jun. 2003. p. 221-224.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento (Série A: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária nº 29). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015, Secretaria de Gestão Estratégica e

Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 156 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
Acesso em: 14/11/2014.

NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE (NCQA) Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS)1 Compliance AuditTM.

website: <http://www.ncqa.org/HEDISQualityMeasurement/>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Rede Interagencial De Informação Para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília, DF, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer Control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Switzerland: WHO, 2007.

Disponível em: www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2008. Lyon, 2008.

Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/>>. Acesso em: 10 set. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/>>. Acesso em: 19/05/2014.

2.2 Taxa de Mamografia

Conceito

Número médio de mamografias para cada 100 beneficiárias da operadora na faixa etária de 50 a 69 anos fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Método de cálculo

Número de mamografias em beneficiárias na faixa etária de 50 a 69 anos fora do período de carência	x 100
Número total de beneficiárias na faixa etária 50 a 69 anos fora do período de carência para o procedimento	

Definição de termos utilizados no indicador

Mamografia - Exame radiológico para a detecção de alterações do tecido mamário que serve para o rastreamento do câncer de mama.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do indicador

Permite estimar a cobertura do procedimento mamografia em beneficiárias na faixa etária de 50 a 69 anos de idade, provavelmente utilizadas para rastreamento de câncer de mama.

O indicador permite avaliar indiretamente o alcance da mobilização da população beneficiária em relação ao rastreamento do câncer de mama em um determinado período de tempo.

Taxas reduzidas podem refletir dificuldades de sensibilização e captação da população beneficiária para o rastreamento de câncer de mama, ou dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Usos

Avaliar a evolução da realização de mamografias, identificando tendências de cobertura deste procedimento, com vistas a inferir a detecção precoce do câncer de mama.

Promover a atenção integral à saúde da mulher, com ênfase na população de maior vulnerabilidade.

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O câncer de mama é o mais incidente em mulheres, excetuando-se os casos de câncer de pele não-melanoma, com aproximadamente 1,7 milhão de casos novos, representando 25% do total de casos de câncer no mundo em 2012. É a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (WHO, 2007).

Em 2012, o Brasil apresentou valores intermediários no padrão de incidência e mortalidade por câncer de mama (Tabela 1) (WHO, 2012). Para o ano de 2014, foram estimados 57.120 casos novos, que representam uma taxa de incidência de 56,1 casos por 100.000 mulheres (INCA, 2014).

Vale ressaltar que as diferenças entre as taxas de incidência e mortalidade nos países desenvolvidos são maiores, proporcionalmente, sugerindo maior alcance das ações de rastreamento, em diagnosticar precocemente a doença, e acesso ao tratamento.

Tabela 1 – Taxas de incidência e mortalidade por câncer de mama em países selecionados por 100.000 mulheres, 2012.

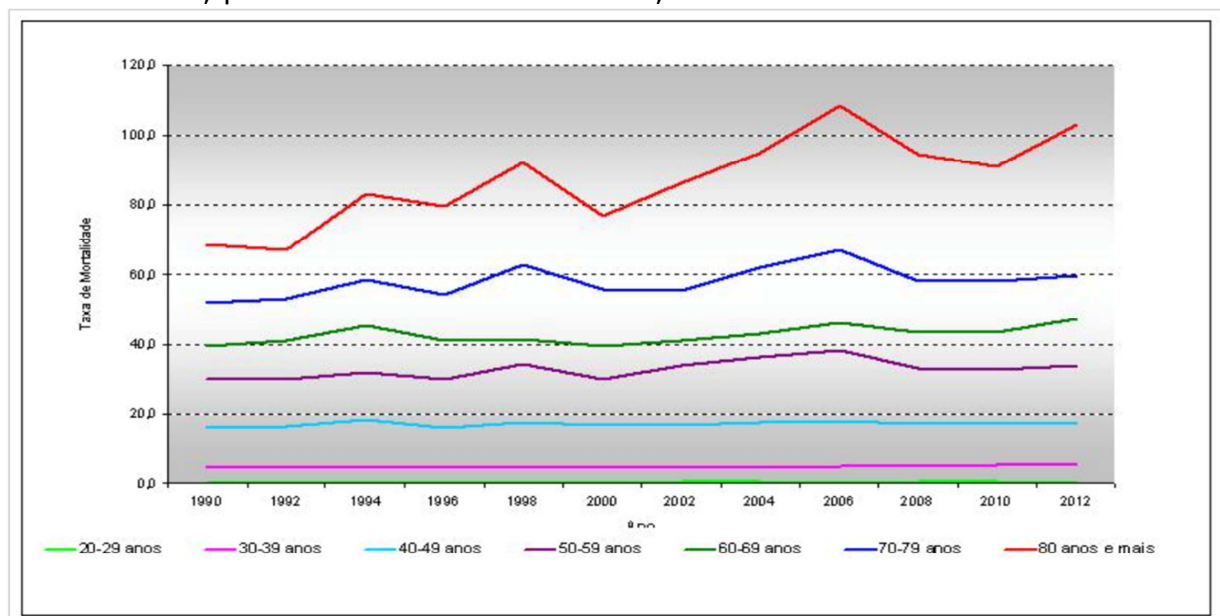
Região\País	Incidência		Mortalidade	
	Taxa Bruta	Taxa Padronizada	Taxa Bruta	Taxa Padronizada
Finlândia	162,9	89,4	31,3	13,6
Reino Unido	164,5	95,0	36,7	17,1
Espanha	106,6	67,3	25,7	11,8
Estados Unidos	145,6	92,9	27,5	14,9
Canadá	134,1	79,8	28,2	13,9
Austrália	128,0	86,0	25,7	14,0
Japão	85,9	51,5	21,3	9,8
Paraguai	37,1	43,8	13,0	15,6
Bolívia	15,7	19,2	5,8	7,2
Zâmbia	11,9	22,4	5,9	1,1
Brasil *	66,8	59,5	16,3	14,3
Brasil (dados oficiais) **	56,1	-	13,5	12,1

Fonte: Globocan. IARC (WHO), 2012.

* Os dados do Globocan são diferentes dos dados das fontes nacionais por diferenças metodológicas no cálculo das taxas. ** Referem-se à estimativa de incidência para 2014/2015 (INCA, 2014) e à taxa de mortalidade do ano de 2012 (Sistema de Informação sobre Mortalidade/Ministério da Saúde).

No Brasil, a incidência e a mortalidade do câncer de mama tendem a crescer progressivamente a partir dos 40 anos (Tabela 2). Na população feminina abaixo de 40 anos, ocorrem menos de 20 óbitos a cada 100 mil mulheres, enquanto na faixa etária a partir de 60 anos o risco é mais do que o dobro (Brasil, 2014).

Tabela 2 - Taxas de mortalidade por câncer de mama feminina, específicas por faixas etárias, por 100.000 mulheres. Brasil, 1990 - 2012



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/DATASUS

As estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce, através da abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença; e o rastreamento, que consiste em exame de população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer. O rastreamento é uma estratégia dirigida às mulheres na faixa etária em que pode ocorrer maior impacto na redução da mortalidade. O Ministério da Saúde recomenda a realização de mamografia para as mulheres de 50 a 69 anos de idade a cada 2 anos, como na maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado do câncer de mama.

A periodicidade e a faixa etária para o rastreamento estão baseadas na melhor evidência científica do benefício desta estratégia para a redução da mortalidade neste grupo (WHO, 2007).

Para este indicador são considerados os exames de mamografia bilateral para rastreamento. Em geral, a sensibilidade do rastreamento mamográfico varia de 77% a 95% e depende de fatores tais como: tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário, qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista. As mulheres consideradas de alto risco para câncer de mama são aquelas que:

- Tem um ou mais parentes de 1º grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama antes de 50 anos;
- Tem um ou mais parentes de 1º grau (mãe, irmã, ou filha) com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário;
 - Apresentam história familiar de câncer de mama masculina e
 - Apresentam lesão mamária proliferativa com atipia comprovada em biópsia (WHO, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde/INCA/SISMAMA, uma razão anual de 0,5 exames com indicação clínica de rastreamento sugere que a oferta é suficiente para atender a população alvo (INCA, 2014).

Os resultados de ensaios clínicos randomizados sugerem que, quando a mamografia é ofertada às mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos, com cobertura igual ou superior a 70% da população-alvo, é possível reduzir a mortalidade por câncer de mama em 15% a 23% (Brasil, 2013).

Além desse grupo, há também a recomendação para o rastreamento de mulheres com risco elevado de câncer de mama, que devem ter acompanhamento clínico individualizado, a rotina de rastreamento deve se iniciar aos 35 anos, com exame clínico das mamas e mamografia anuais.

Meta

A meta anual é atingir um resultado igual ou superior a 50 mamografias para cada 100 beneficiárias na faixa etária de 50 a 69 anos, considerando a realização de um exame em mulheres dessa faixa etária a cada 2 anos.

Pontuação

TAXA DE MAMOGRAFIA	Pontuação
Resultado do indicador	Valor de 0 a 1
Resultado = 0	0
0 < Resultado < 50	0 < V < 1
Resultado ≥ 50	1

$V = (\text{Resultado} > 0 \text{ e } < 50) / 50$

Fonte de dados

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item C10.1 "Mamografia em mulheres de 50 a 69 anos"; Coluna II (Eventos).

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Itens C10.1 "Mamografia em mulheres de 50 a 69 anos"; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência).

Ações esperadas para causar impacto no indicador

Incentivar a realização da mamografia para o rastreamento do câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos, através da adoção de estratégias de busca ativa para a captação de beneficiárias e aumento da cobertura assistencial.

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

Sensibilizar e pactuar com os prestadores de serviços de saúde sobre a importância do processo de prevenção e qualificação da assistência.

Construir um sistema de informações que permita a identificação do perfil epidemiológico (demográfico, de morbidade, de utilização, entre outros) da população beneficiária.

Limitações e vieses

A utilização do total de mamografias realizadas para o cálculo deste indicador poderá levar à superestimação do resultado, tendo em vista a possibilidade de beneficiárias que realizaram mais de um exame num mesmo período, assim como a frequência diferenciada de realização do procedimento em grupos de alto risco.

O indicador, isoladamente, não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada por uma determinada operadora e o indicador pode ser influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, [dez] 2010. 64 p.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datapus). Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205> Acesso em: 11/12/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 156 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)

NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE (NCQA) Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS) Compliance Audit™ website: <http://www.ncqa.org/HEDISQualityMeasurement/>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Rede Interagencial De Informação Para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília, DF, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Cancer Control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: early detection. Switzerland: WHO, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012.

2.3 Número de Consultas Médicas Ambulatoriais por Beneficiário

Conceito

Número de consultas médicas em regime ambulatorial, de caráter eletivo e de urgência ou emergência em relação ao número total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Método de Cálculo

$\frac{\text{Número de consultas médicas}}{\text{Número total de beneficiários fora do período de carência}}$

Definição de termos utilizados no Indicador

Número de Consultas médicas: Atendimentos prestados em regime ambulatorial por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico, de caráter eletivo e de urgência ou emergência.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do Indicador

Permite estimar a cobertura de consultas médicas ambulatoriais em relação ao total de beneficiários fora do período de carência.

Aponta situações de dificuldade de acesso aos serviços de atenção básica.

Usos

Avaliar a evolução da realização das consultas médicas em regime ambulatorial de caráter eletivo e de urgência e emergência, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de atenção básica.

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

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

A mediana de consultas médicas, eletivas e de urgência e emergência, informadas pelas operadoras no ano de 2014 pelo Sistema de Informações de Produtos (SIP) foi de cerca de 5 consultas médicas por beneficiário (BRASIL/ANS, 2014). No SUS, o número de consultas médicas de caráter ambulatorial por habitante/ano no período 2008-2012 variou de 2,59 a 2,83. (BRASIL/MS/DATASUS, 2015).

Em 2013, na Alemanha, Itália e França, o número per capita de consultas médicas em todos os contextos (atenção básica, policlínicas, consultórios de especialidades médicas e emergência) atingiu 9,9, 6,8 e 6,4, respectivamente. Por outro lado, nos Estados Unidos da América, Portugal e Reino Unido as taxas ao longo da primeira década do século XXI foram um pouco menores, tendo atingido 4,1, 4,0 e 5,0 consultas per capita em 2009, respectivamente (OECD, 2015).

Meta

Apresentar uma produção igual ou superior a 5 consultas médicas/beneficiário/ano, incluindo as consultas eletivas e de urgência e emergência.

Pontuação

Resultado no indicador	Pontuação
Resultado < 3	0
$3 \leq \text{Resultado} < 5$	$\frac{\text{Resultado} - 3}{2}$
Resultado ≥ 5	1

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A “Consultas médicas”; coluna II (Eventos ocorridos).

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A “Consultas médicas”; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência).

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários.

Identificar as necessidades de saúde dos indivíduos.

Adotar estratégias de busca ativa para a captação de beneficiários e para o aumento da cobertura assistencial, respeitando o ciclo de vida e/ou a condição de saúde do beneficiário.

Construir um sistema de informações que permita a identificação do perfil epidemiológico (demográfico, de morbidade, de utilização, entre outros) da população beneficiária.

Limitações e Vieses

Por apresentar o resultado como um valor médio, o indicador pode ser influenciado pela contagem cumulativa de consultas médicas em um mesmo beneficiário no período considerado.

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

O indicador pode ser influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso às consultas médicas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sistema de Informações de Produtos – SIP.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f01.def>. Acesso: 24jul2015

OECD HEALTH STATISTICS 2015.

Disponível em: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.

Acesso: 24jul2015

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Rede Interagencial de Informação Para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília, DF, 2008.

2.4 Taxa de Internação Hospitalar

Conceito

Número médio de internações hospitalares para cada 100 beneficiários da operadora fora do período de carência para internações hospitalares, no período considerado.

Método de Cálculo

Número de internações hospitalares de beneficiários fora do período de carência	x 100
Total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento	

Definição de termos utilizados no Indicador

Internações hospitalares - Internações prestadas em regime hospitalar, ou seja, aquele em que o paciente recebe o atendimento em ambiente hospitalar.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do Indicador

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

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

A produção elevada de internações hospitalares pode apontar a incapacidade da operadora em evitar parte das internações hospitalares por meio do acesso à atenção básica e/ou pelo desenvolvimento de ações de prevenção de riscos e doenças.

Usos

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

Avaliar a evolução da realização de internações hospitalares, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de alta complexidade.

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

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002, estimou que de 7% a 9% da população apresentam necessidade de internações hospitalares durante um ano.

Tendo em vista as diferenças de acesso e a amplitude do parâmetro da Portaria 1.101, de 2002, optou por utilizar como parâmetro a mediana do setor suplementar brasileiro.

Meta

A meta é atingir um resultado maior ou igual a 70% da mediana do setor (MS) por porte, no período considerado, apurada de acordo com a metodologia do Programa de Qualificação de Operadoras.

Pontuação

TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	Pontuação
Resultado $\leq MS \times 0,20$	0
$MS \times 0,20 < \text{Resultado} < MS \times 0,70$	$0 < V < 1$
Resultado $\geq MS \times 0,70$	1

$$V = ((MS \times 0,20 < \text{Resultado} < MS \times 0,70) - MS \times 0,20) / (MS \times 0,7 - MS \times 0,2)$$

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item E "Internações"; Regime de internação "1. Hospitalar"; coluna II (Eventos).

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item E “Internações”; Regime de internação “1. Hospitalar”; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência).

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Construir sistema de informações que permita a definição do perfil epidemiológico (demográfico, de morbidade, de utilização, entre outros) da população beneficiária, que necessitam de internação hospitalar, principalmente focando por ciclo de vida e /ou condição de saúde.

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

Sensibilizar e pactuar com os prestadores sobre a importância da qualificação da assistência hospitalar, através da identificação das necessidades de saúde dos indivíduos e da adoção de estratégias para a ampliação do acesso aos serviços de internação hospitalar, assim como acesso oportuno aos serviços de atenção básica a fim de minimizar as internações desnecessárias (essa estratégia não se aplica às operadoras que comercializam apenas planos da segmentação hospitalar).

Limitações e Vieses

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

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

O indicador pode ser influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, [dez] 2010. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101/GM**, de 12 de junho de 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Rede Interagencial De Informação Para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília, DF, 2008.

2.5 Proporção de Consulta Médica em Pronto Socorro

Conceito

Percentual do número de consultas médicas em pronto socorro e o número total de consultas médicas ocorridas em um período.

Método de Cálculo

Número de Consultas Médicas em Pronto Socorro	x 100
Total de Consultas Médicas	

Definição de termos utilizados no Indicador

Consultas médicas em pronto socorro – Atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina em pronto socorro.

Consultas médicas - Atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico, em regime ambulatorial e em pronto socorro, de caráter eletivo, urgência ou emergência, em beneficiários fora do período de carência.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do Indicador

Possibilidade de indicar situações de dificuldade de acesso à assistência à saúde, pela demora na marcação de consultas ambulatoriais ou na realização de exames laboratoriais e radiológicos ou, ainda, pela indisponibilidade de prestadores de serviços de saúde.

A produção elevada de consultas em pronto socorro pode apontar a incapacidade da operadora em evitá-las por meio de ações de prevenção de riscos e doenças e maior oferta dos serviços de atenção básica.

Usos

Avaliar a evolução da realização de consultas em pronto socorro, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de atenção básica.

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

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002, estimou que cerca de 15% do total de consultas médicas decorrem de situações de urgência e emergência.

Meta

A meta é atingir um resultado maior ou igual a 5% e menor ou igual a 20% de Consultas Médicas em Pronto Socorro com relação ao total de Consultas Médicas, no período considerado. O parâmetro inferior de 5% foi estabelecido, considerando as situações de urgência e emergência não evitáveis por ações de iniciativa da operadora.

Pontuação

PROPORÇÃO DE CONSULTA MÉDICA EM PRONTO SOCORRO	Pontuação
Resultado do indicador	Valor de 0 a 1
Resultado = 0 ou Resultado > 20	0
0 < Resultado < 5	0 < V < 1
5 ≤ Resultado ≤ 20	1

$$v = (0 < \text{Resultado} < 5) / 5$$

Obs.: Este indicador será calculado, mas, para o ano-base 2015, terá peso zero, não sendo computado para fins da apuração do IDSS.

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A.2 "Consultas médicas em pronto socorro"; coluna II (Eventos).

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A "Consultas médicas"; coluna II (Eventos).

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários e identificar as necessidades de saúde dos indivíduos.

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 atenção básica.

Limitações e Vieses

O indicador pode ser influenciado pela possibilidade de contagem cumulativa de consultas em pronto socorro de um mesmo beneficiário.

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

O indicador pode ser influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso às consultas em atenção básica.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, [dez] 2010. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Rede Interagencial De Informação Para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília, DF, 2008.

2.6 Índice de Sessões de Quimioterapia Sistêmica por Consulta Médica

Conceito

Percentual de sessões de quimioterapia sistêmica para o tratamento de câncer em relação ao número de consultas médicas, no período considerado.

Método de cálculo

$\frac{\text{Número de sessões de quimioterapia sistêmica}}{\text{Número de consultas médicas}} \times 100$

Definição de termos utilizados no indicador

Sessões de quimioterapia sistêmica – Sessões de quimioterapia sistêmica, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluídos os honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

Consultas médicas - Atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico, em regime ambulatorial e em pronto socorro, de caráter eletivo, urgência ou emergência, em beneficiários fora do período de carência.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do indicador

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.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

De acordo com o INCA – Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde, estima-se que o Câncer acomete de 0,13% a 0,24% da população, anualmente.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1101/2002, estabelece que a necessidade de Sessões de quimioterapia para o tratamento de Câncer varia entre 0,07% e 0,27% do total das Consultas Médicas.

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

Meta

A meta é atingir um resultado igual ou superior a 0,07% de sessões de Quimioterapia sistêmica em relação ao total de Consultas Médicas, no período considerado.

Pontuação

ÍNDICE DE SESSÕES DE QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA POR CONSULTA MÉDICA	Pontuação
Resultado = 0	0
0 < Resultado < 0,07	0 < V < 1
Resultado ≥ 0,07	1

$$V = (0 < \text{Resultado} < 0,07) / 0,07$$

Fonte

Numerador: Item D (Terapias); 2 "Quimioterapia Sistêmica"; coluna II (Eventos).

Denominador: Item A "Consultas médicas"; coluna II (Eventos).

Ações esperadas para causar impacto no indicador

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários e identificar as necessidades de saúde dos indivíduos.

Adotar estratégias para ampliar o acesso aos serviços de quimioterapia.

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.

Limitações e vieses

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

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

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

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, [dez] 2010. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Rede Interagencial De Informação Para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília, DF, 2008.

2.7 Número de Consultas Odontológicas Iniciais por Beneficiário

Conceito

Número médio de consultas odontológicas iniciais por beneficiário da operadora, fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Método de cálculo

Número total de consultas odontológicas iniciais de beneficiários fora do período de carência
Número total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento

Definição de termos utilizados no indicador

Consultas odontológicas iniciais - Consultas odontológicas destinadas à elaboração do plano de tratamento, incluindo exame clínico, anamnese,

preenchimento de ficha clínica odontológica, diagnóstico das doenças/anomalias bucais do paciente e prognóstico.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do indicador

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

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 sequelas 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.

Avaliar a evolução da realização de consultas odontológicas iniciais visando à prevenção das doenças bucais, à avaliação dos fatores de risco individuais, à realização de diagnóstico precoce com redução das sequelas e limitação dos

danos, levando em consideração o ciclo de vida e/ou a condição de saúde do beneficiário.

Contribuir para a redução dos custos com tratamento odontológico, para a melhoria nas condições de saúde bucal e para o aumento da qualidade de vida dos indivíduos.

Identificar possíveis tendências que demandem a implementação de ações voltadas para promoção e prevenção da saúde bucal, no setor de saúde suplementar.

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

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

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

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

Contribuir para a utilização racional dos recursos financeiros com tratamento odontológico, para a melhoria nas condições de saúde bucal e para o aumento da qualidade de vida dos indivíduos.

O indicador é influenciado pelas características da infraestrutura 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

A ABO-Odontopediatria enfatiza a importância da intervenção profissional na saúde bucal o mais precoce possível. O estabelecimento do risco e da atividade de cárie são elementos essenciais no cuidado clínico atual. Os benefícios principais da intervenção precoce, além da avaliação do status do risco, incluem

a análise da exposição ao fluoreto e das práticas de alimentação, bem como aconselhamento quanto à higiene bucal. A visita odontológica precoce deve ser vista como um dos pilares para a realização dos procedimentos preventivos e diagnóstico precoce (ABO-ODONTOPEIDRIA, 2009).

Através dos resultados oriundos da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010 (Brasil, 2012) foram estimadas, no Brasil, as necessidades de tratamento em Odontologia.

Observou-se que a presença de cálculo dentário aumenta com a idade, atingindo a maior prevalência entre adultos, próximo dos 64%, declinando nos idosos. Bolsas periodontais rasas acometem aproximadamente 10% dos jovens entre 15 a 19 anos, ¼ dos adultos entre 35 a 44 anos e 14% dos idosos. Bolsas profundas são ainda mais raras, atingem menos de 1% dos jovens de 15 a 19 anos, menos de 7% dos adultos e aproximadamente 3% dos idosos. Em relação à cárie dentária, a necessidade mais frequente é de restaurações de uma superfície (Brasil, 2012).

Assim como verificado para os índices de cárie, há desigualdades entre as regiões do país, sendo as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste as que, em geral, apresentam mais dentes que necessitam de restaurações, tratamentos pulpares ou extrações (Brasil, 2012).

Seguem os dados do uso de serviços odontológicos no Brasil, por faixa etária:

Tabela 1 - Uso de serviços odontológicos para indivíduos de 12 anos de idade por região do Brasil.

	n	Região															Brasil		
		Norte			Nordeste			Sudeste			Sul			Centro-Oeste					
		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)	
		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.	
Consulta ao dentista pelo menos uma vez na vida																			
Não	1.337	26,8	22,2	32,1	25,8	21,1	31,2	16,6	11,6	23,2	9,8	6,6	14,2	19,6	13,3	27,9	18,1	14,7	22,1
Sim	5.918	71,4	66,0	76,3	73,1	67,7	78,0	82,0	76,0	86,7	88,4	82,3	92,6	79,4	70,2	86,2	80,5	76,8	83,7
Não sabe/Não respondeu	73	1,8	1,0	3,2	1,1	0,5	2,4	1,4	0,4	4,7	1,8	0,4	7,0	1,1	0,4	2,7	1,4	0,7	3,0
Frequência da consulta																			
Menos de 1 ano	3.570	52,1	46,1	58,0	61,9	57,8	66,0	53,4	44,1	62,4	67,8	60,7	74,1	61,0	55,2	66,5	56,6	50,5	62,5
1 a 2 anos	1.669	35,3	30,7	40,2	26,7	23,3	30,3	32,7	26,6	39,4	22,9	17,6	29,2	27,9	23,6	32,6	30,7	26,6	35,0
3 ou mais anos	595	11,7	8,5	16,1	9,8	7,5	12,7	11,7	7,8	17,2	8,5	5,3	13,3	9,0	6,4	12,6	10,9	8,3	14,2
Não sabe/Não respondeu	78	0,9	0,3	2,6	1,6	0,8	3,1	2,2	0,5	8,7	0,9	0,3	2,6	2,1	0,9	4,6	1,9	0,6	5,2
Onde consultou																			
Serviço Público	3.207	64,3	56,9	71,0	56,1	51,8	60,4	57,9	50,8	64,7	57,5	49,2	65,3	56,7	50,4	62,8	58,1	53,6	62,5
Serviço Particular	1.898	26,0	19,7	33,6	28,9	25,6	32,6	34,3	25,9	43,7	30,4	23,9	37,7	33,9	27,8	40,5	32,5	27,3	38,2
Plano de Saúde/Convênios	690	8,0	5,9	10,8	13,4	10,8	16,4	5,6	4,0	7,8	10,1	6,7	15,1	7,9	6,0	10,4	7,4	6,1	8,9
Outros	80	1,3	0,6	2,7	1,0	0,5	2,1	0,3	0,1	0,6	1,4	0,4	5,2	1,1	0,3	3,3	0,6	0,4	1,0
Não sabe/Não respondeu	39	0,4	0,1	1,3	0,5	0,2	1,2	1,9	0,4	9,3	0,6	0,1	2,8	0,5	0,1	1,8	1,4	0,3	5,7
Qual foi o motivo da última consulta																			
Revisão e/ou prevenção	2.172	28,0	23,2	33,4	35,1	30,4	40,1	40,2	35,1	45,6	41,6	35,5	47,9	32,0	26,7	37,7	38,3	34,9	41,8
Dor	748	17,9	13,7	23,1	10,0	7,4	13,4	14,3	10,3	19,5	13,1	9,5	17,8	16,3	13,5	19,6	14,1	11,4	17,3
Extração	708	26,0	21,1	31,6	17,5	14,4	20,9	6,1	3,8	9,8	7,7	5,2	11,3	11,6	9,1	14,6	9,6	7,7	11,9
Tratamento	2.082	26,1	21,0	31,9	33,4	28,8	38,3	33,4	27,7	39,6	34,5	28,8	40,7	36,8	31,2	42,8	33,1	29,5	37,0
Outros	152	1,3	0,5	3,2	3,2	1,7	5,8	3,6	1,8	7,2	2,2	1,2	4,2	2,5	1,4	4,2	3,1	1,9	5,2
Não sabe/Não respondeu	51	0,8	0,2	2,7	0,9	0,4	1,8	2,3	0,6	8,5	0,9	0,3	3,2	0,9	0,2	3,5	1,8	0,6	5,3

Fonte: SB Brasil 2010 (Brasil, 2012).

Tabela 2 - Uso de serviços odontológicos para indivíduos de 15 a 19 anos de idade por região do Brasil.

	n	Região															Brasil		
		Norte			Nordeste			Sudeste			Sul			Centro-Oeste					
		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)	
		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.	
Consulta ao dentista pelo menos uma vez na vida																			
Não	726	16,6	12,0	22,5	16,0	12,7	19,9	14,0	10,4	18,6	5,0	2,8	8,9	19,4	7,4	42,1	13,6	11,0	16,6
Sim	4.685	82,9	76,9	87,5	82,9	79,1	86,1	85,6	81,0	89,2	94,1	90,1	96,6	79,8	57,8	91,9	85,8	82,8	88,4
Não sabe/Não respondeu	34	0,6	0,2	1,5	1,1	0,6	2,3	0,4	0,1	2,0	0,9	0,2	3,4	0,8	0,3	2,4	0,6	0,3	1,2
Frequência da consulta																			
Menos de 1 ano	2.705	54,7	46,6	62,5	57,7	53,0	62,3	50,0	42,8	57,2	63,8	56,6	70,4	56,4	50,6	62,0	53,9	49,5	58,3
1 a 2 anos	1.251	30,7	26,1	35,6	26,2	22,4	30,4	29,8	23,7	36,7	27,0	21,7	33,0	25,6	21,3	30,4	28,7	25,0	32,8
3 ou mais anos	674	13,6	8,8	20,5	15,3	12,5	18,6	18,8	14,3	24,2	8,9	6,4	12,2	16,0	12,1	20,7	16,2	13,5	19,3
Não sabe/Não respondeu	53	1,0	0,4	2,4	0,8	0,3	2,0	1,5	0,6	3,5	0,4	0,1	1,0	2,1	0,8	5,1	1,2	0,7	2,2
Onde consultou																			
Serviço Público	2.207	65,4	59,6	70,8	51,7	47,3	56,1	43,2	34,1	52,9	41,3	34,2	48,8	49,8	44,2	55,5	46,3	40,7	51,9
Serviço Particular	1.842	24,8	21,0	29,1	33,8	29,8	38,0	47,1	38,9	55,5	47,9	40,6	55,2	41,6	36,0	47,3	43,4	38,5	48,4
Plano de Saúde/Convênios	535	5,3	2,9	9,5	12,6	10,1	15,6	8,2	5,8	11,5	9,7	6,4	14,5	7,2	5,3	9,7	8,6	7,0	10,6
Outros	70	3,7	1,3	10,1	1,1	0,5	2,1	1,3	0,4	4,0	0,5	0,2	1,1	0,9	0,3	2,9	1,3	0,6	2,6
Não sabe/Não respondeu	30	0,7	0,2	2,5	0,8	0,4	1,6	0,2	0,1	0,5	0,6	0,1	2,7	0,5	0,1	1,9	0,4	0,2	0,7
Qual foi o motivo da última consulta																			
Revisão e/ou prevenção	1.616	24,5	19,8	30,1	32,3	28,9	36,0	38,5	29,2	48,7	41,7	36,2	47,4	25,3	20,1	31,2	36,2	30,6	42,2
Dor	605	17,7	13,5	23,0	12,6	9,4	16,7	13,6	10,2	17,9	15,4	11,8	19,8	18,7	14,5	23,7	14,5	12,2	17,1
Extração	475	21,3	17,0	26,4	13,2	10,5	16,6	6,6	4,4	9,8	4,6	2,7	7,6	9,8	7,0	13,6	8,5	7,0	10,4
Tratamento	1.794	33,7	28,1	39,8	39,1	35,1	43,3	38,2	30,3	46,9	33,8	28,9	39,0	39,6	33,1	46,5	37,3	32,5	42,4
Outros	153	2,6	1,4	4,8	1,6	0,9	3,0	2,5	1,4	4,5	4,0	2,4	6,8	4,7	3,0	7,2	2,8	2,0	3,9
Não sabe/Não respondeu	39	0,1	0,0	0,3	1,0	0,5	2,2	0,5	0,1	2,0	0,5	0,1	2,8	1,9	0,8	4,5	0,6	0,3	1,3

Fonte: SB Brasil 2010 (Brasil, 2012).

Tabela 3 - Uso de serviços odontológicos para indivíduos de 35 a 44 anos de idade por região do Brasil.

	n	Região															Brasil		
		Norte			Nordeste			Sudeste			Sul			Centro-Oeste					
		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)	
		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.	
Consulta ao dentista pelo menos uma vez na vida																			
Não	688	14,5	7,7	25,6	8,8	6,3	12,1	6,7	4,5	10,1	3,9	2,3	6,6	9,7	3,7	23,2	7,1	5,4	9,3
Sim	9.005	84,1	73,1	91,2	90,7	87,3	93,2	91,9	87,8	94,6	95,4	92,4	97,2	90,3	76,8	96,3	89,2	91,7	93,7
Não sabe/Não respondeu	85	1,3	0,8	2,4	0,6	0,3	1,2	1,4	0,4	4,6	0,7	0,2	2,3	0,0	0,0	0,0	1,1	0,4	2,8
Frequência da consulta																			
Menos de 1 ano	4.543	44,2	38,3	50,2	51,0	47,2	54,7	46,5	42,3	50,9	59,2	54,4	63,9	46,4	42,5	50,3	49,1	46,3	51,9
1 a 2 anos	2.446	28,6	24,7	32,9	25,1	22,7	27,6	28,8	25,6	32,2	25,8	22,3	29,6	24,3	21,7	27,2	27,6	25,5	29,8
3 ou mais anos	1.914	25,3	21,3	29,8	22,8	20,1	25,6	24,3	20,5	28,6	14,7	12,0	17,8	27,1	23,5	31,1	22,7	20,2	25,3
Não sabe/Não respondeu	79	2,0	0,9	4,1	1,2	0,5	2,8	0,4	0,2	0,8	0,3	0,1	1,1	2,1	0,6	7,9	0,6	0,4	1,0
Onde consultou																			
Serviço Público	3.574	47,7	42,4	53,1	41,3	37,5	45,2	38,2	32,0	44,8	31,8	25,1	39,4	44,3	37,3	51,5	38,3	34,2	42,5
Serviço Particular	3.986	38,0	33,2	43,0	41,8	38,8	44,9	51,6	45,0	58,2	50,0	44,6	55,5	43,8	36,8	51,0	49,1	45,0	53,2
Plano de Saúde/Convênios	1.295	11,5	8,8	14,9	15,0	12,8	17,5	9,5	7,5	11,9	17,4	13,1	22,8	10,2	8,3	12,5	11,6	10,0	13,3
Outros	123	2,0	0,8	4,8	1,5	0,9	2,5	0,6	0,3	1,3	0,5	0,2	1,0	1,6	0,7	3,8	0,8	0,6	1,2
Não sabe/Não respondeu	26	0,7	0,2	2,4	0,4	0,1	1,6	0,1	0,0	0,5	0,3	0,1	1,1	0,1	0,0	0,7	0,2	0,1	0,4
Qual foi o motivo da última consulta																			
Revisão e/ou prevenção	1.961	18,0	14,4	22,3	20,2	17,5	23,1	19,7	17,0	22,7	31,2	25,8	37,2	15,5	12,8	18,7	21,4	19,4	23,6
Dor	1.298	16,2	13,7	19,1	12,2	10,3	14,4	17,3	14,4	20,7	12,4	10,2	14,9	16,4	14,1	19,0	15,8	13,9	17,9
Extração	1.628	25,1	21,0	29,7	24,8	22,1	27,7	13,4	10,3	17,2	12,7	9,5	16,7	18,7	15,9	21,9	15,3	13,2	17,7
Tratamento	3.874	38,3	34,1	42,6	40,4	37,0	43,9	46,8	42,9	50,7	41,0	36,4	45,7	45,7	41,9	49,6	44,6	42,0	47,2
Outros	209	1,9	0,9	4,0	1,6	1,1	2,4	2,8	1,7	4,6	2,7	1,5	4,8	3,2	2,0	5,1	2,6	1,9	3,7
Não sabe/Não respondeu	31	0,5	0,2	1,3	0,9	0,4	2,0	0,1	0,0	0,3	0,1	0,0	0,5	0,5	0,2	1,5	0,2	0,1	0,3

Fonte: SB Brasil 2010 (Brasil, 2012).

Tabela 4 - Uso de serviços odontológicos para indivíduos de 65 a 74 anos de idade por região do Brasil.

	n	Região															Brasil		
		Norte			Nordeste			Sudeste			Sul			Centro-Oeste					
		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)	
		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.	
Consulta ao dentista pelo menos uma vez na vida																			
Não	1.058	28,5	16,8	44,1	16,5	11,1	23,9	14,1	8,9	21,6	9,1	5,1	15,7	22,0	14,3	32,3	14,7	11,0	19,5
Sim	6.423	68,0	52,5	80,3	81,3	74,1	86,9	85,2	77,4	90,6	89,1	82,5	93,3	76,6	66,6	84,3	84,0	79,1	88,0
Não sabe/Não respondeu	138	3,5	1,7	7,1	2,2	1,2	4,0	0,7	0,2	2,3	1,9	0,5	6,2	1,4	0,5	3,7	1,2	0,7	2,1
Frequência da consulta																			
Menos de 1 ano	2.041	22,0	16,8	28,4	32,2	28,8	35,9	31,0	25,3	37,2	30,4	24,8	36,7	26,4	21,8	31,6	30,4	26,6	34,4
1 a 2 anos	1.232	17,0	12,6	22,4	18,7	16,2	21,5	22,3	18,2	27,0	17,5	13,2	22,8	20,1	16,5	24,4	20,8	18,0	23,9
3 ou mais anos	2.778	52,7	46,8	58,5	43,9	39,5	48,4	39,7	35,0	44,7	46,7	40,5	53,0	47,5	41,2	53,9	42,3	39,0	45,7
Não sabe/Não respondeu	314	8,3	5,0	13,3	5,2	3,3	7,9	7,0	3,5	13,7	5,4	2,4	11,6	6,0	3,4	10,3	6,5	4,0	10,6
Onde consultou																			
Serviço Público	2.084	41,5	35,3	48,0	41,8	37,5	46,3	26,0	20,5	32,3	28,8	23,4	34,8	32,1	26,8	38,0	28,9	25,2	33,0
Serviço Particular	3.472	43,5	36,6	50,6	43,8	39,7	47,9	62,8	55,7	69,4	61,9	55,8	67,7	57,9	51,3	64,2	59,8	55,2	64,2
Plano de Saúde/Convênios	591	4,6	3,3	6,5	9,7	7,8	11,8	7,3	5,0	10,7	6,5	4,4	9,4	5,8	4,2	8,0	7,2	5,5	9,3
Outros	156	6,1	2,7	12,9	3,0	2,0	4,4	1,5	0,6	3,7	2,1	0,7	6,0	2,6	1,4	4,8	2,0	1,2	3,2
Não sabe/Não respondeu	105	4,3	1,0	17,3	1,8	1,1	2,8	2,4	1,2	4,6	0,7	0,2	2,0	1,6	0,6	3,7	2,1	1,2	3,5
Qual foi o motivo da última consulta																			
Revisão e/ou prevenção	782	7,0	3,3	14,3	10,4	8,5	12,7	14,1	10,2	19,3	13,0	9,7	17,1	5,7	3,9	8,3	12,8	10,1	16,1
Dor	512	7,7	5,6	10,6	8,2	6,1	11,0	8,2	5,7	11,6	9,2	6,5	12,9	9,5	6,7	13,2	8,4	6,6	10,6
Extração	2.005	46,2	39,3	53,3	40,4	37,1	43,8	24,0	17,6	31,9	22,9	18,4	28,1	35,9	28,4	44,1	26,9	22,6	31,8
Tratamento	2.262	24,9	18,3	33,0	30,1	26,8	33,5	38,2	30,1	47,0	38,3	31,3	45,9	36,5	31,3	42,0	36,8	31,4	42,5
Outros	764	13,9	8,9	21,0	9,1	7,0	11,7	13,9	9,1	20,7	15,5	9,1	25,1	11,3	7,9	15,9	13,6	10,1	18,0
Não sabe/Não respondeu	77	0,3	0,1	0,5	1,8	1,1	2,9	1,6	0,7	3,4	1,2	0,5	2,9	1,2	0,3	4,0	1,5	0,8	2,5

Fonte: SB Brasil 2010 (Brasil, 2012).

Considerando a relevância da intervenção profissional, a Portaria 1.101/2002 do Ministério da Saúde indica que sejam realizados de 0,5 a 2 atendimentos odontológicos por habitante/ano, contabilizando tanto a consulta inicial quanto os procedimentos básicos. Propõe-se, dessa forma, para o setor de saúde suplementar, o parâmetro mínimo estabelecido pela Portaria, visto que não há possibilidade de distinguir os beneficiários entrantes nas operadoras.

Meta

A meta é atingir um resultado igual ou superior a 0,5 consultas odontológicas iniciais por beneficiário fora do período de carência, no período considerado.

Pontuação

Número de Consultas Odontológicas Iniciais por Beneficiário	Pontuação
Resultado = 0	0
$0 < \text{Resultado} < 0,50$	$0 < v < 1$
Resultado $\geq 0,50$	1

$V = (0 < \text{Resultado} < 0,50) / 0,50$

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.1 "Consultas odontológicas iniciais"; coluna II (Eventos).

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.1 "Consultas odontológicas iniciais", coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência).

Ações esperadas para causar impacto no indicador

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários e identificar as necessidades de saúde dos indivíduos, e adotar estratégias de busca ativa para a captação de beneficiários e para o aumento da cobertura assistencial.

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

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

Construir um sistema de informações que permita a identificação do perfil epidemiológico (demográfico, de morbidade, de utilização, entre outros) da população beneficiária.

Limitações e vieses

O indicador pode ser influenciado pela possibilidade de contagem cumulativa de consultas odontológicas iniciais realizadas em um mesmo beneficiário por diferentes profissionais.

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

Poderá ser influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora.

Referências

ABO-ODONTOPEIDRIA. Manual de Referência para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria, Capítulo 25: Periodicidade das consultas de manutenção preventiva. 1ª edição, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 493/GM, de 13 de março de 2006**. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2006/portaria_493.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Rede Interagencial De Informação Para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília, DF, 2008.

2.8 Proporção de Próteses Odontológicas Unitárias

Conceito

Percentual de próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida) em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados em beneficiários fora do período de carência, no período considerado.

Método de cálculo

Total de próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida)	x 100
Total de procedimentos odontológicos	

Definição de termos utilizados no indicador

Próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida) – número de coroas totais e restaurações metálicas fundidas utilizadas para a reabilitação da forma e função de dentes decíduos ou permanentes.

Procedimentos odontológicos – total de procedimentos com fins de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde bucal, sejam de caráter eletivo, urgência ou emergência.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as

contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do indicador

Estima o percentual de próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida) em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados no período.

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

Usos

Analisar o acesso e a cobertura de próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida) na atenção suplementar à saúde, identificando variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços de maior complexidade.

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Para verificar a proporção de Próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida) realizadas na dentição decídua e permanente, em relação ao total de procedimentos odontológicos, será utilizada como parâmetro a mediana do setor, apurada de acordo com a metodologia do Programa de Qualificação de Operadoras.

Meta

A meta é atingir um resultado igual ou superior a 75% da **mediana do setor** por porte e grupo (MH – médico-hospitalar e OD – exclusivamente odontológico), no período considerado, apurada de acordo com a metodologia do Programa de Qualificação de Operadoras.

Pontuação

PROPORÇÃO DE PRÓTESES ODONTOLÓGICAS UNITÁRIAS	Pontuação
Resultado do indicador	Valor de 0 a 1
Resultado = 0	0
0 > Resultado < 0,75 x MS	0 < V < 1
Resultado ≥ 0,75 x MS	1

$$V = (0 < \text{Resultado} < 0,75 \times \text{MS}) / 0,75 \times \text{MS}$$

Fonte de dados

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.11 “Próteses Odontológicas Unitárias (Coroa Total e Restauração Metálica Fundida)”;

coluna II (Eventos).

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I “Procedimentos Odontológicos”;

coluna II (Eventos).

Ações esperadas para causar impacto no indicador

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

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

Diminuir barreiras de acesso aos serviços odontológicos de maior complexidade.

Limitações e vieses

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

Poderá ser influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso aos serviços odontológicos de maior complexidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/vigilancia.php>>. Acesso em: 7 jan. 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Rede Interagencial de Informação Para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília, DF, 2008.

2.9 Dispersão de Procedimentos e Serviços Básicos de Saúde

Conceito

Percentual de municípios listados na área geográfica de abrangência e de atuação dos produtos que apresentam disponibilidade de procedimentos e serviços básicos de saúde na rede assistencial da operadora.

Método de Cálculo

Nº de municípios 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 Produtos

Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelos beneficiários, conforme definido no anexo II da Resolução Normativa (RN) nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

Área de Atuação dos Produtos

Especificação dos municípios ou UF, de acordo com a abrangência adotada acima, conforme definido no anexo II da RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

Procedimentos e Serviços Básicos de Saúde

Para o cálculo do indicador serão considerados os seguintes procedimentos e serviços: anatomopatologia, eletrocardiograma, patologia clínica, radiodiagnóstico e ultrassonografia.

Municípios com Disponibilidade de Procedimentos e Serviços Básicos de Saúde

Quantidade de municípios indicados na área de atuação dos produtos que possuam rede assistencial da operadora com disponibilidade dos 5 procedimentos ou serviços básicos de saúde. Para os produtos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional, serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF.

Serão considerados para a quantificação dos municípios os estabelecimentos classificados no CNES na seção Atendimentos Prestados, Tipos de Atendimento "Ambulatorial" ou "SADT", que possuam ao menos um convênio diferente de "SUS".

Os estabelecimentos classificados no CNES no campo "Natureza da Organização" como "Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)" ou "Administração Direta de Outros Órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc)" não serão considerados para a quantificação dos municípios.

Municípios com Previsão de Cobertura Assistencial

Todos os municípios indicados na área de atuação dos produtos registrados no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS. Para os produtos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional, serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF. No cálculo do

denominador serão considerados apenas os municípios que disponibilizem, para a saúde suplementar, os 5 procedimentos ou serviços básicos de saúde, segundo a informação contida no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS.

Serão considerados para a quantificação dos municípios os estabelecimentos classificados no CNES na seção Atendimentos Prestados, Tipos de Atendimento “Ambulatorial” ou “SADT”, que possuam ao menos um convênio diferente de “SUS”.

Os estabelecimentos classificados no CNES no campo “Natureza da Organização” como “Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)” ou “Administração Direta de Outros Órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc)” não serão considerados para a quantificação dos municípios.

Critérios de Exclusão

Este indicador não se aplica aos planos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, pois estes não possuem a informação da área de atuação.

Serão desconsiderados os produtos que operam exclusivamente com livre escolha de prestadores.

Serão desconsiderados os produtos de segmentação assistencial “Odontológico”, exclusivamente.

As operadoras exclusivamente odontológicas não terão avaliação neste indicador.

Disponibilidade dos Serviços

A disponibilidade dos procedimentos e serviços básicos de saúde será verificada a partir da informação do CNES, conforme descrito abaixo:

Anatomopatologia	Se possuir no menu “Relatórios”, seção “Serviços Especializados”, algum item de “Serviço Especializado” com Código 120 e Descrição “SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA E/OU CITOPATOLOGIA” e “Classificação” com Código 001 ou 002 e Descrição “EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS” ou “EXAMES CITOPATOLÓGICOS”, respectivamente. “Link”: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp.
------------------	---

Eletrocardiograma	Se possuir no menu "Relatórios", seção "Serviços Especializados", algum item de "Serviço Especializado" com Código 122 e Descrição "SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR MÉTODOS GRÁFICOS/ DINÂMICOS" e "Classificação" com Código 003 e Descrição "EXAME ELETROCARDIOGRAFICO". "Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp. OU Se possuir no menu "Relatórios", seção "Equipamentos" algum item com Código 41 e Equipamento "Eletrocardiógrafo". "Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp.
-------------------	---

Patologia clínica	Se possuir no menu "Relatórios", seção "Serviços Especializados", algum item de "Serviço Especializado" com Código 145 e Descrição "SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR LABORATORIO CLINICO". "Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp.
-------------------	---

Radiodiagnóstico	Se possuir no menu "Relatórios", seção "Serviços Especializados", algum item de "Serviço Especializado" com Código 121 e Descrição "SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM" e "Classificação" com Código 001 e Descrição "RADIOLOGIA". "Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp. OU Se possuir no menu "Relatórios", seção "Equipamentos" algum item com Código 04, 05 ou 06 e Equipamento "RAIO X ATÉ 100 MA", "RAIO X DE 100 A 500 MA" ou "RAIO X MAIS DE 500MA", respectivamente. "Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp.
------------------	--

Ultrassonografia	Se possuir no menu "Relatórios", seção "Serviços Especializados", algum item de "Serviço Especializado" com Código 121 e Descrição "SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM" e "Classificação" com Código 002 e Descrição "ULTRASSONOGRAFIA". "Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp. OU Se possuir no menu "Relatórios", seção "Equipamentos" algum item com Código 15 ou 13 e Equipamento "Ultrassom Convencional" ou "Ultrassom Doppler Colorido", respectivamente. "Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp.
-------------------------	---

Interpretação do Indicador

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

Usos

Acompanhar a oferta de procedimentos e serviços básicos de saúde na área de atuação dos produtos.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O parâmetro é ter disponibilidade dos procedimentos e serviços básicos de saúde em todos os municípios indicados como área de atuação dos produtos.

Meta

Apresentar disponibilidade dos procedimentos e serviços básicos de saúde em 100% dos municípios com previsão de cobertura assistencial.

Pontuação

Resultado do indicador	Pontuação
Resultado = 0%	0
Resultado > 0% e < 100%	V (> 0 e < 1)
Resultado = 100%	1

$V = (\text{Resultado} > 0\% \text{ e} < 100\%) / 100$

Fonte

MS/ANS – Sistema de Registro de Produtos (RPS);
MS/DATASUS/CNES.

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Estruturar a rede de prestadores de serviços de saúde de forma que a distribuição dos procedimentos e serviços básicos de saúde seja compatível com a área de atuação do produto.

Melhorar a qualidade de informação da rede de prestadores de serviços de saúde no CNES.

Aumentar o número de prestadores de serviços de saúde com registro no CNES.

Limitações e Vieses

Problemas referentes à qualidade de preenchimento e cobertura do CNES.

Dificuldade de atualização do Cadastro de Estabelecimento de Saúde do aplicativo RPS, podendo gerar inconsistências entre a rede informada à ANS e a efetivamente oferecida aos beneficiários.

Referências

1. Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.
2. Instrução Normativa (IN) DIPRO nº 23, de 1º de dezembro de 2009, alterada pela IN DIPRO nº 28, de 29 de julho de 2010.

ERRATA:

Considerando a atualização da base de dados do CNES, com a supressão de determinados campos, nas fichas dos indicadores DISPERSÃO DE PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE, DISPERSÃO DA REDE

ASSISTENCIAL HOSPITALAR, DISPERSÃO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24 HORAS e DISPERSÃO DA REDE ASSISTENCIAL ODONTOLÓGICA, deverá ser considerada a seguinte alteração:

Onde se lê:

Os estabelecimentos classificados no CNES no campo "Natureza da Organização" como "Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)" ou "Administração Direta de Outros Órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc)" não serão considerados para a quantificação dos municípios.

Leia-se:

Os estabelecimentos classificados no CNES, no campo "Natureza Jurídica", conforme tabela abaixo, não serão considerados para a quantificação dos municípios.

1015	Órgão Público do Poder Executivo Federal
1023	Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Órgão Público do Poder Executivo Municipal
1040	Órgão Público do Poder Legislativo Federal
1058	Órgão Público do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Órgão Público do Poder Legislativo Municipal
1074	Órgão Público do Poder Judiciário Federal
1082	Órgão Público do Poder Judiciário Estadual
1201	Fundo Público
1210	Consortio Público de Direito Público (Associação Pública)
5029	Representação Diplomática Estrangeira
5037	Outras Instituições Extraterritoriais

e

1000	Administração Pública
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Município

2.10 Dispersão da Rede Assistencial Hospitalar

Conceito

Percentual dos municípios listados na área geográfica de abrangência e atuação dos produtos que apresentam disponibilidade de estabelecimentos hospitalares na rede assistencial da operadora.

Método de Cálculo

Nº de municípios com disponibilidade de estabelecimentos hospitalares	x 100
Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial hospitalar	

Definição de termos utilizados no Indicador

Área Geográfica de Abrangência dos Produtos

Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelos beneficiários, conforme definido no anexo II da Resolução Normativa (RN) nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

Área de Atuação dos Produtos

Especificação dos municípios ou UF, de acordo com a abrangência adotada acima, conforme definido no anexo II da RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

Municípios com Disponibilidade de Estabelecimentos Hospitalares

Quantidade de municípios indicados na área de atuação dos produtos com estabelecimentos hospitalares (Hospital Geral, Hospital Especializado ou Unidade Mista) informados na rede assistencial da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde- RPS. Para os produtos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF.

Serão considerados para a quantificação dos municípios os estabelecimentos classificados no CNES na seção Atendimentos Prestados, Tipos de Atendimento "Internação", que possuam ao menos um convênio diferente de "SUS".

Os estabelecimentos classificados no CNES no campo "Natureza da Organização" como "Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)" ou

“Administração Direta de Outros Órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc)” não serão considerados para a quantificação dos municípios.

Municípios com Previsão de Cobertura Assistencial Hospitalar

Todos os municípios indicados na área de atuação dos produtos registrados no sistema RPS. Para os produtos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional, serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF. No cálculo do denominador serão considerados apenas os municípios que apresentam disponibilidade de estabelecimentos hospitalares não exclusivos do Sistema Único de Saúde - SUS, segundo a informação contida no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS.

Serão considerados para a quantificação dos municípios os estabelecimentos classificados no CNES na seção Atendimentos Prestados, Tipos de Atendimento “Internação”, que possuam ao menos um convênio diferente de “SUS”.

Os estabelecimentos classificados no CNES no campo “Natureza da Organização” como “Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)” ou “Administração Direta de Outros Órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc)” não serão considerados para a quantificação dos municípios.

Critérios de Exclusão

Este indicador não se aplica aos planos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, pois estes não possuem a informação da área de atuação.

Serão desconsiderados os produtos que operam exclusivamente com livre escolha de prestadores.

Serão desconsiderados os produtos de segmentação assistencial “Ambulatorial”, “Ambulatorial + Odontológico” e “Odontológico”.

As operadoras exclusivamente odontológicas não terão avaliação neste indicador.

Disponibilidade de Estabelecimentos Hospitalares

A disponibilidade de estabelecimentos hospitalares será verificada a partir da informação do CNES, conforme descrito abaixo:

Estabelecimento Hospitalar	Se possuir no menu "Relatórios", seção "Tipos de Estabelecimentos" algum item com Código 05, 07 ou 15, e Descrição "Hospital geral", "Hospital Especializado" ou "Unidade Mista", respectivamente. "Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp .
----------------------------	---

Interpretação do Indicador

Verifica a disponibilidade de estabelecimentos hospitalares na área prevista para cobertura assistencial hospitalar definida nos produtos das operadoras.

Usos

Acompanhar a distribuição dos estabelecimentos hospitalares na área de atuação dos produtos com previsão de cobertura assistencial hospitalar.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O parâmetro é ter disponibilidade de estabelecimentos hospitalares em todos os municípios indicados como área de atuação dos produtos.

Meta

Apresentar estabelecimentos hospitalares em 100% dos municípios com previsão de cobertura assistencial hospitalar.

Pontuação

Resultado do indicador	Pontuação
Resultado = 0%	0
Resultado > 0% e < 100%	V (> 0 e < 1)
Resultado = 100%	1

$V = (\text{Resultado} > 0\% \text{ e} < 100\%) / 100$

Fonte

MS/ANS – Sistema de Registro de Produtos (RPS);
MS/DATASUS/CNES.

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Estruturar a rede de prestadores de serviços de saúde de forma que a distribuição de estabelecimentos hospitalares seja compatível com a área de atuação do produto.

Melhorar a qualidade de informação da rede de prestadores de serviços de saúde no CNES.

Aumentar o número de prestadores de serviços de saúde com registro no CNES.

Limitações e Vieses

Problemas referentes à qualidade de preenchimento e cobertura do CNES.

Dificuldade de atualização do Cadastro de Estabelecimento de Saúde do aplicativo RPS, podendo gerar inconsistências entre a rede informada à ANS e a efetivamente oferecida aos beneficiários.

Referências

1. Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

2. Instrução Normativa (IN) DIPRO nº 23, de 1º de dezembro de 2009, alterada pela IN DIPRO nº 28, de 29 de julho de 2010.

ERRATA:

Considerando a atualização da base de dados do CNES, com a supressão de determinados campos, nas fichas dos indicadores DISPERSÃO DE PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE, DISPERSÃO DA REDE ASSISTENCIAL HOSPITALAR, DISPERSÃO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24 HORAS e DISPERSÃO DA REDE ASSISTENCIAL ODONTOLÓGICA, deverá ser considerada a seguinte alteração:

Onde se lê:

Os estabelecimentos classificados no CNES no campo "Natureza da Organização" como "Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)" ou "Administração Direta de Outros Órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc)" não serão considerados para a quantificação dos municípios.

Leia-se:

Os estabelecimentos classificados no CNES, no campo "Natureza Jurídica", conforme tabela abaixo, não serão considerados para a quantificação dos municípios.

1015	Órgão Público do Poder Executivo Federal
1023	Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Órgão Público do Poder Executivo Municipal
1040	Órgão Público do Poder Legislativo Federal
1058	Órgão Público do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Órgão Público do Poder Legislativo Municipal
1074	Órgão Público do Poder Judiciário Federal
1082	Órgão Público do Poder Judiciário Estadual
1201	Fundo Publico
1210	Consortio Publico de Direito Publico (Associação Publica)
5029	Representação Diplomática Estrangeira
5037	Outras Instituições Extraterritoriais

e

1000	Administração Pública
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Município

2.11 Dispersão de Serviços de Urgência e Emergência 24 horas

Conceito

Percentual dos municípios listados na área geográfica de abrangência e atuação dos produtos que apresentam disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24 horas na rede assistencial da operadora.

Método de Cálculo

$\frac{\text{Nº de municípios com disponibilidade de serviços de Urgência e Emergência 24 horas}}{\text{Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial}} \times 100$

Definição de termos utilizados no Indicador

Área Geográfica de Abrangência dos Produtos

Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelos beneficiários, conforme definido no anexo II da Resolução Normativa (RN) nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

Área de Atuação dos Produtos

Especificação dos municípios ou UF, de acordo com a abrangência adotada acima, conforme definido no anexo II da RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

Municípios com Disponibilidade de Serviços de Urgência e Emergência 24 horas

Quantidade de municípios indicados na área de atuação dos produtos com serviços de urgência e emergência 24 horas informados na rede assistencial da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS. Para os produtos

com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF.

Serão considerados para a quantificação dos municípios os estabelecimentos classificados no CNES na seção Atendimentos Prestados, Tipos de Atendimento “Urgência”, que possuam ao menos um convênio diferente de “SUS”.

Os estabelecimentos classificados no CNES no campo “Natureza da Organização” como “Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)” ou “Administração Direta de Outros Órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc)” não serão considerados para a quantificação dos municípios.

Municípios com Previsão de Cobertura Assistencial

Todos os municípios indicados na área de atuação dos produtos registrados no sistema RPS. Para os produtos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional, serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF. No cálculo do denominador serão considerados apenas os municípios que apresentam disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24 horas não exclusivos do Sistema Único de Saúde - SUS, segundo a informação contida no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS.

Serão considerados para a quantificação dos municípios os estabelecimentos classificados no CNES na seção Atendimentos Prestados, Tipos de Atendimento “Urgência”, que possuam ao menos um convênio diferente de “SUS”.

Os estabelecimentos classificados no CNES no campo “Natureza da Organização” como “Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)” ou “Administração Direta de Outros Órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc)” não serão considerados para a quantificação dos municípios.

CrITÉRIOS de ExclusÃO

Este indicador não se aplica aos planos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, pois estes não possuem a informação da área de atuação.

Serão desconsiderados os produtos que operam exclusivamente com livre escolha de prestadores.

Serão desconsiderados os produtos de segmentação assistencial "Odontológico", exclusivamente.

As operadoras exclusivamente odontológicas não terão avaliação neste indicador.

Disponibilidade de Serviços de Urgência e Emergência 24 horas

A disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24 horas será verificada a partir da informação do CNES, conforme descrito abaixo:

Urgência e Emergência 24H	I. Se possuir no menu "Relatórios", seção "Turnos de Atendimento" algum item com Código 06 e Descrição "Atendimento Contínuo de 24 horas/dia (Plantão: inclui sábados, domingos e feriados)", e: "Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Atendimento.asp. II. a) Se possuir no menu "Relatórios", seção "Tipos de Estabelecimentos" algum item com Código 20, 21 ou 73 e Descrição "PRONTO SOCORRO GERAL" , "PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO" ou "PRONTO ATENDIMENTO", respectivamente. "Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp . OU b) Se possuir no menu "Relatórios", seção "Serviços Especializados", algum item de "Serviço Especializado" com Código 140 e Descrição "SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA", e "Classificação" com Código 000, 001, 002,003 004, 005,006,007, 008, 009, 010, 011, 012, 013, 014, 015, 016, 017, 018 e 019 e Descrição "SEM CLASSIFICAÇÃO", "PRONTO SOCORRO GERAL", "PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO", "PRONTO ATENDIMENTO", "ESTABILIZAÇÃO DO PACIENTE CRÍTICO/GRAVE", "ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)", "PRONTO ATENDIMENTO CLÍNICO" , "PRONTO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO" , "PRONTO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO", "PRONTO ATENDIMENTO PSIQUIATRICO", "PRONTO ATENDIMENTO OFTALMOLÓGICO", "PRONTO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO" , "PRONTO SOCORRO PEDIÁTRICO", "PRONTO SOCORRO OBSTÉTRICO", "PRONTO SOCORRO CARDIOVASCULAR", "PRONTO SOCORRO NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA", "PRONTO SOCORRO TRAUMATO ORTOPÉDICO" , "PRONTO SOCORRO ODONTOLOGICO" "PRONTO SOCORRO OFTALMOLÓGICO" e "PRONTO SOCORRO GERAL/CLÍNICO ", respectivamente. "Link" :http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp.
----------------------------------	--

Interpretação do Indicador

Verifica a disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24 horas na área prevista para cobertura assistencial definida nos produtos das operadoras.

Usos

Acompanhar a distribuição dos serviços de urgência e emergência 24 horas na área de atuação dos produtos com previsão de cobertura assistencial.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O parâmetro é ter disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24 horas em todos os municípios indicados como área de atuação dos produtos.

Meta

Apresentar serviços de urgência e emergência 24 horas em 100% dos municípios com previsão de cobertura assistencial.

Pontuação

Resultado Obtido Pela Operadora	Pontuação
% de municípios com beneficiários com disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24 horas	Valor de 0 a 1
Resultado = 0%	0
Resultado > 0% e < 100%	V (> 0 e < 1)
Resultado = 100%	1

$V = (\text{Resultado} > 0\% \text{ e} < 100\%) / 100$

Fonte

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

MS/DATASUS/CNES.

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Estruturar a rede de prestadores de serviços de saúde de forma que a distribuição de serviços de urgência e emergência 24 horas seja compatível com a área de atuação do produto.

Melhorar a qualidade de informação da rede de prestadores de serviços de saúde no CNES.

Aumentar o número de prestadores de serviços de saúde com registro no CNES.

Limitações e Vieses

Problemas referentes à qualidade de preenchimento e cobertura do CNES.

Dificuldade de atualização do Cadastro de Estabelecimento de Saúde do aplicativo RPS, podendo gerar inconsistências entre a rede informada à ANS e a efetivamente oferecida aos beneficiários.

Referências

1. Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.
2. Instrução Normativa (IN) DIPRO nº 23, de 1º de dezembro de 2009, alterada pela IN DIPRO nº 28, de 29 de julho de 2010.

ERRATA:

Considerando a atualização da base de dados do CNES, com a supressão de determinados campos, nas fichas dos indicadores DISPERSÃO DE PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE, DISPERSÃO DA REDE ASSISTENCIAL HOSPITALAR, DISPERSÃO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24 HORAS e DISPERSÃO DA REDE ASSISTENCIAL ODONTOLÓGICA, deverá ser considerada a seguinte alteração:

Onde se lê:

Os estabelecimentos classificados no CNES no campo "Natureza da Organização" como "Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)" ou "Administração Direta de Outros Órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc)" não serão considerados para a quantificação dos municípios.

Leia-se:

Os estabelecimentos classificados no CNES, no campo "Natureza Jurídica", conforme tabela abaixo, não serão considerados para a quantificação dos municípios.

1015	Órgão Público do Poder Executivo Federal
1023	Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Órgão Público do Poder Executivo Municipal
1040	Órgão Público do Poder Legislativo Federal
1058	Órgão Público do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Órgão Público do Poder Legislativo Municipal
1074	Órgão Público do Poder Judiciário Federal
1082	Órgão Público do Poder Judiciário Estadual
1201	Fundo Publico
1210	Consortio Publico de Direito Publico (Associação Publica)
5029	Representação Diplomática Estrangeira
5037	Outras Instituições Extraterritoriais

e

1000	Administração Pública
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Município

2.12 Dispersão da Rede Assistencial Odontológica

Conceito

Percentual dos municípios listados na área geográfica de abrangência e atuação dos produtos que apresentam disponibilidade de prestadores odontológicos na rede assistencial da operadora.

Método de Cálculo

Nº de municípios com disponibilidade de prestadores odontológicos	x 100
Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial odontológica	

Definição de termos utilizados no Indicador

Área Geográfica de Abrangência dos Produtos

Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelos beneficiários, conforme definido no anexo II da Resolução Normativa (RN) nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

Área de Atuação dos Produtos

Especificação dos municípios ou UF, de acordo com a abrangência adotada acima, conforme definido no anexo II da RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

Municípios com Disponibilidade de Prestadores Odontológicos

Quantidade de municípios indicados na área de atuação dos produtos com "Cirurgião-Dentista" ou "Equipo Odontológico" ou "Raio X Dentário" informados na rede assistencial da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS. Para os produtos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF.

Serão considerados para a quantificação dos municípios os estabelecimentos classificados no CNES na seção Atendimentos Prestados, Tipos de Atendimento "Ambulatorial" ou "SADT", que possuam ao menos um convênio diferente de "SUS".

Os estabelecimentos classificados no CNES no campo "Natureza da Organização" como "Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)" ou "Administração Direta de Outros Órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc)" não serão considerados para a quantificação dos municípios.

Municípios com Previsão de Cobertura Assistencial Odontológica

Todos os municípios indicados na área de atuação dos produtos registrados no sistema RPS. Para os produtos com área geográfica de abrangência Estadual,

Grupo de Estados e Nacional, serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF. No cálculo do denominador serão considerados apenas os municípios que apresentam disponibilidade de prestadores odontológicos não exclusivos do SUS, segundo a informação contida no CNES/DATASUS.

Serão considerados para a quantificação dos municípios os estabelecimentos classificados no CNES na seção Atendimentos Prestados, Tipos de Atendimento "Ambulatorial" ou "SADT", que possuam ao menos um convênio diferente de "SUS".

Os estabelecimentos classificados no CNES no campo "Natureza da Organização" como "Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)" ou "Administração Direta de Outros Órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc)" não serão considerados para a quantificação dos municípios.

Critérios de Exclusão

Este indicador não se aplica aos planos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, pois estes não possuem a informação da área de atuação.

Serão desconsiderados os produtos que operam exclusivamente com livre escolha de prestadores.

Serão desconsideradas as operadoras que não possuem 100% de planos com segmentação exclusivamente odontológica.

Disponibilidade de Prestadores Odontológicos

A disponibilidade de prestadores odontológicos será verificada a partir da informação do CNES, conforme descrito abaixo:

Equipo Odontológico	Se possuir no menu "Relatórios", seção "Equipamentos", algum item com Código 80 e Equipamento "Equipo Odontológico". "Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp .
Cirurgião-Dentista*	Se possuir no menu "Relatórios", seção "Ocupações (CBO)", Ocupação CIRURGIÃO-DENTISTA (em pelo menos uma especialidade). "Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp .
Raio Dentário X	Se possuir no menu "Relatórios", seção "Equipamentos" algum item com Código 07 e Equipamento "RAIO X DENTÁRIO". "Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp .

*CBO de Cirurgião-Dentista:

CBO	Descrição
223204	CIRURGIAO DENTISTA AUDITOR
223208	CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL
223280	CIRURGIAO DENTISTA DENTISTICA
223284	CIRURGIAO DENTISTA DISFUNCAO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL
223212	CIRURGIAO DENTISTA ENDODONTISTA
223220	CIRURGIAO DENTISTA ESTOMATOLOGISTA
223224	CIRURGIAO DENTISTA IMPLANTODONTISTA
223228	CIRURGIAO DENTISTA ODONTOGERIATRA
223276	CIRURGIAO DENTISTA ODONTOLOGIA DO TRABALHO
223288	CIRURGIAO DENTISTA ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS
223232	CIRURGIAO DENTISTA ODONTOLOGISTA LEGAL
223236	CIRURGIAO DENTISTA ODONTOPEDIATRA
223240	CIRURGIAO DENTISTA ORTOPEDISTA E ORTODONTISTA
223244	CIRURGIAO DENTISTA PATOLOGISTA BUCAL
223248	CIRURGIAO DENTISTA PERIODONTISTA
223252	CIRURGIAO DENTISTA PROTESIOLOGO BUCOMAXILOFACIAL
223256	CIRURGIAO DENTISTA PROTESISTA
223260	CIRURGIAO DENTISTA RADIOLOGISTA
223264	CIRURGIAO DENTISTA REABILITADOR ORAL
223268	CIRURGIAO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL
223272	CIRURGIAO DENTISTA DE SAUDE COLETIVA
223293	CIRURGIAODENTISTA DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA

Interpretação do Indicador

Verifica a disponibilidade de prestadores odontológicos na área prevista para cobertura assistencial definida nos produtos das operadoras.

Usos

Acompanhar a distribuição dos prestadores odontológicos na área de atuação dos produtos com previsão de cobertura assistencial.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O parâmetro é ter disponibilidade de prestadores odontológicos em todos os municípios indicados como área de atuação dos produtos.

Meta

Apresentar prestadores odontológicos em 100% dos municípios com previsão de cobertura assistencial odontológica.

Pontuação

Resultado Obtido Pela Operadora	Pontuação
% de municípios com previsão de cobertura assistencial que disponibiliza prestador Odontológico	Valor de 0 a 1
Resultado = 0%	0
Resultado > 0% e < 100%	$V (> 0 \text{ e } < 1)$
Resultado = 100%	1

$V = (\text{Resultado} > 0\% \text{ e } < 100\%) / 100$

Fonte

MS/ANS – Sistema de Registro de Produtos (RPS);
MS/DATASUS/CNES.

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Estruturar a rede de prestadores de serviços de saúde de forma que a distribuição de prestadores odontológicos seja compatível com a área de atuação do produto.

Melhorar a qualidade de informação da rede de prestadores de serviços de saúde no CNES.

Aumentar o número de prestadores de serviços de saúde com registro no CNES.

Limitações e Vieses

Problemas referentes à qualidade de preenchimento e cobertura do CNES.

Dificuldade de atualização do Cadastro de Estabelecimento de Saúde do aplicativo RPS, podendo gerar inconsistências entre a rede informada à ANS e a efetivamente oferecida aos beneficiários.

Referências

1. Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.
2. Instrução Normativa (IN) DIPRO nº 23, de 1º de dezembro de 2009, alterada pela IN DIPRO nº 28, de 29 de julho de 2010.

ERRATA:

Considerando a atualização da base de dados do CNES, com a supressão de determinados campos, nas fichas dos indicadores DISPERSÃO DE PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE, DISPERSÃO DA REDE ASSISTENCIAL HOSPITALAR, DISPERSÃO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24 HORAS e DISPERSÃO DA REDE ASSISTENCIAL ODONTOLÓGICA, deverá ser considerada a seguinte alteração:

Onde se lê:

Os estabelecimentos classificados no CNES no campo "Natureza da Organização" como "Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)" ou "Administração Direta de Outros Órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc)" não serão considerados para a quantificação dos municípios.

Leia-se:

Os estabelecimentos classificados no CNES, no campo "Natureza Jurídica", conforme tabela abaixo, não serão considerados para a quantificação dos municípios.

1015	Órgão Público do Poder Executivo Federal
1023	Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Órgão Público do Poder Executivo Municipal
1040	Órgão Público do Poder Legislativo Federal
1058	Órgão Público do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Órgão Público do Poder Legislativo Municipal
1074	Órgão Público do Poder Judiciário Federal
1082	Órgão Público do Poder Judiciário Estadual
1201	Fundo Publico
1210	Consortio Publico de Direito Publico (Associação Publica)
5029	Representação Diplomática Estrangeira
5037	Outras Instituições Extraterritoriais

e

1000	Administração Pública
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Município

2.13 Proporção de Beneficiários com pelo menos um Hospital Acreditado

Conceito

Mostra a quantidade de beneficiários da operadora com pelo menos 1(um) hospital acreditado por instituições acreditadoras divulgadas no Programa de Divulgação de Qualificação de Prestadores da ANS (RN 267/11), comparativamente ao total de beneficiários da operadora.

As Instituições acreditadoras divulgadas no Programa de Divulgação de Qualificação de Prestadores da ANS são as seguintes:

- ONA - Organização Nacional de Acreditação, por meio do manual próprio;
- CBA - Consórcio Brasileiro de Acreditação, por meio do manual da Joint Commission Internacional;

- IQG – Instituto Qualisa de Gestão, por meio do manual da Accreditation Canada.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Quantidade de Beneficiários com pelo menos 1 Hospital Acreditado na rede do plano}}{\text{Quantidade Total de Beneficiários da Assistência Médico – Hospitalar da Operadora}}$$

Fonte de dados

Numerador:

- Sistema de Informações do Beneficiário -SIB
- Sistema de Registro de Produtos - RPS
- ONA - <https://www.ona.org.br>
- CBA - <http://cbacred.org.br>
- IQG - <http://www.iqg.com.br>

Denominador:

- SIB

Interpretação do Indicador

Permite avaliar a quantidade de beneficiários que possuem pelo menos 1 (um) Hospital acreditado na rede assistencial do seu plano de assistência médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica. Com esta informação é possível inferir uma medida do grau de qualidade da rede oferecido aos beneficiários.

A Acreditação é um processo voluntário no qual um organismo independente avalia e reconhece que uma instituição de saúde atende a padrões aplicáveis, pré-determinados e publicados.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Em Julho de 2015, havia cerca de 270 estabelecimentos hospitalares acreditados pelas metodologias aplicadas pela Organização Nacional de

Acreditação, pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação e pelo Instituto Qualisa de Gestão. Esses hospitais representam 4% dos hospitais do país e 8% em relação à rede da saúde suplementar. Já a proporção média de beneficiários com pelo menos um hospital acreditado foi de 82%, de acordo com os Dados Integrados da Qualidade Setorial, publicados em 28 de maio de 2015.

Usos

Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde buscar a qualificação da rede prestadora de serviços.

Meta

A meta é atingir no mínimo 90% dos beneficiários com pelo menos um hospital acreditado na rede assistencial do plano.

Resultado	Pontuação
PB < 10,0%	0,00
10% ≤ PB < 20%	0,20
20% ≤ PB < 30%	0,30
30% ≤ PB < 40%	0,40
40% ≤ PB < 50%	0,50
50% ≤ PB < 60%	0,60
60% ≤ PB < 70%	0,70
70% ≤ PB < 80%	0,80
80% ≤ PB < 90%	0,90
PB ≥ 90,0 %	1,00

Ações esperadas para causar impacto positivo no indicador

Aumento do número de prestadores hospitalares acreditados na rede assistencial operadora.

Limitações e Vieses

Dificuldade de atualização do Cadastro de Estabelecimento de Saúde do aplicativo RPS, podendo gerar inconsistências entre a rede informada à ANS e a efetivamente oferecida aos beneficiários.

Referências

Resolução Normativa - RN nº 267, de 4 de Novembro de 2011, e seus anexos.
Instrução Normativa - IN nº 52, de 21 de março de 2013, e seus anexos.

3. INDICADORES DA DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE NO MERCADO – IDSM

3.1. Proporção de Beneficiários com Desistência no Primeiro Ano

Conceito

Proporção de beneficiários que ingressaram nos dois anos anteriores ao ano avaliado pelo Programa de Qualificação e desistiram do vínculo com a operadora no primeiro ano do contrato.

Método de Cálculo

$\frac{\text{Nº de beneficiários que ingressaram no biênio anterior ao ano base e desistiram no primeiro ano de contrato}}{\text{Total de beneficiários que ingressaram no biênio anterior ao ano base}}$

Definição de termos utilizados no indicador

Beneficiários que ingressaram e desistiram no primeiro ano de contrato: beneficiários que assinaram contrato com a operadora nos dois anos anteriores ao ano base de avaliação do Programa de Qualificação e romperam esse contrato no primeiro ano de vigência pelos motivos de cancelamento determinados no item Critérios de inclusão.

Beneficiários que ingressaram: subconjunto dos beneficiários que assinaram contrato com a operadora nos dois anos anteriores ao ano base de avaliação do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, constituído pelos beneficiários que romperam esse contrato no primeiro ano de vigência pelos motivos de cancelamento determinados no item Critérios de inclusão, somados àqueles que permaneceram com o contrato por mais de um ano.

Biênio anterior ao ano base: período de dois anos anteriores ao ano base de avaliação do Programa de Qualificação.

Observação 1: o período de análise do tempo de permanência dos beneficiários inicia-se no primeiro dia do biênio anterior ao ano base de avaliação do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar e encerra-se no último dia do referido ano base.

Critérios de inclusão

Para inclusão no cálculo do indicador será considerado apenas o seguinte motivo de cancelamento do SIB: rompimento do contrato por iniciativa do beneficiário.

Critérios de exclusão

Serão excluídos do cálculo do indicador os vínculos com os seguintes motivos de cancelamento: término da relação de vinculado a um beneficiário titular; desligamento da empresa (para planos coletivos); óbito; exclusão decorrente de mudança de código de beneficiário, motivada pela adaptação de sistema da operadora; alteração individual do código do beneficiário; inclusão indevida de beneficiário; fraude (art. 13 da Lei nº 9.656/98), inadimplência, transferência de carteira.

Observação 2: a nomenclatura empregada no sistema (SIB) refere-se a todos os tipos de contratos coletivos. Para os planos coletivos por adesão, o motivo de cancelamento “desligamento da empresa (para planos coletivos)” denota o desligamento do clube ou associação ao qual o beneficiário estava vinculado.

Interpretação do Indicador

1. Indica a fração de beneficiários que permaneceu por menos de um ano após ingresso na operadora.
2. Avalia indiretamente a satisfação do beneficiário com o serviço prestado, com base na proporção de beneficiários com desistência no primeiro ano de contrato.

Usos

1. Analisar o grau de desistência dos beneficiários de uma operadora.
2. Contribuir para avaliações sobre satisfação dos beneficiários, desde que sejam identificados os motivos do cancelamento.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Recomenda-se que a pontuação obtida pelo indicador seja utilizada para comparações no interior de um mesmo segmento (médico-hospitalar ou exclusivamente odontológico).

Meta

Nenhum beneficiário com desistência no primeiro ano.

Pontuação

Proporção de beneficiários que desistiram no primeiro ano de contrato	Pontuação
Resultado = 1	0
Resultado > 0 e < 1	V (> 0 e < 1)
Resultado = 0	1

$V = 1 - \text{Resultado}$

Fonte

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

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Estimular a operadora a conhecer os motivos de desligamento dos beneficiários dos seus planos, para que estas possam intervir, visando à permanência destes na operadora.

Limitações e Vieses

1. Confiabilidade das informações fornecidas pelas operadoras.

2. O indicador considera conjuntamente os planos individuais e coletivos, não permitindo análises por estas dimensões. Também não considera separadamente os registros com informação ignorada para o tipo de contratação.

Referências

1. 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.
Legislação de Saúde Suplementar.

3.2. Taxa de Fiscalização

Conceito

Taxa baseada no número de demandas Assistenciais classificadas como Núcleo e RVE e as demandas Não Assistenciais classificadas como Inativas e Núcleo, com data de atendimento no ano base.

Método de Cálculo

$$\text{Taxa_op_i} = \frac{1,0 \times \text{NR}^A + 0,5 \text{NR}^{\text{N-A}} + 0,25 \times \text{RVE}^A + 0,25 \times \text{INATIVA}^{\text{N-A}}}{2 \times \text{Med_Ben_i}} \times 10.000$$

Onde:

NR^A : total de demanda NIP Assistencial da operadora não resolvida no período analisado.

$\text{NR}^{\text{N-A}}$: total de demanda NIP Não-Assistencial da operadora não resolvida no período analisado.

RVE^A : total de demanda NIP Assistencial da operadora classificada como RVE.

$\text{INATIVA}^{\text{N-A}}$: total de demanda NIP Não-Assistencial da operadora classificada como RVE.

Med_Ben_i : Média de beneficiários da operadora nos doze meses de análise.

Definições e detalhes dos termos utilizados no Indicador

- **Numerador** – é o somatório das multiplicações entre as demandas assistenciais e não assistenciais não resolvidas e RVE ponderada pelo seu respectivo peso.
- **Denominador:** É a média de beneficiários da operadora que estavam em risco nos doze meses de análise.

Demandas Não Assistenciais:

Demandas de natureza não assistencial objeto de análise fiscalizatória sem resolução do conflito pela operadora. Esta dimensão reflete, possivelmente, o entendimento divergente da operadora acerca das questões de prestação não assistencial de seus beneficiários implicando, assim, na falência dos esforços mediadores do dispositivo, recebendo ponderação 1 (um).

Demandas Assistenciais e Não Assistenciais com reparação voluntária do dano pela operadora:

Demandas de natureza assistencial e não assistencial objeto de análise fiscalizatória com reparação do dano pela operadora. Esta dimensão reflete a efetividade do dispositivo (componente positivo), bem como práticas de mecanismo de regulação, quando utilizada em demasia (componente negativo), recebendo ponderação 0,5 (meio).

Usos do Indicador

Permite acompanhar e avaliar a atuação das operadoras de planos privados de assistência à saúde, além de compará-las e classificá-las em relação às demais operadoras quanto à resolução de demandas de reclamação de cunho assistencial e não assistencial.

Os valores obtidos por meio do Indicador classificam as operadoras em faixas.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Indicador de Fiscalização classifica as operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Classificação

As operadoras serão classificadas nas faixas por meio de percentis (P_o), calculados sobre as taxas obtidas de todas as operadoras no período analisado, conforme mostrado no quadro 1.

Quadro 1: Pontuação das operadoras por faixa.

- I – faixa 1: operadoras em que a: taxa < P_{35} – **1 ponto**
II – faixa 2: operadoras em que a: $P_{35} \leq$ taxa < P_{70} – **0,65 ponto**
III – faixa 3: operadoras em que a: $P_{70} \leq$ taxa < P_{90} – **0,35 ponto**
IV - Faixa 4: Operadoras em que a: taxa $\geq P_{90}$ – **0 ponto**

Meta

Permanência da Operadora na faixa 1.

Fontes

MS/ANS – Sistema de Informações de Fiscalização (SIF);
MS/ANS – Sistema de Informações de Beneficiários (SIB).

Limitações e Vieses

Sub-registro de reclamações, tendo em vista que muitos beneficiários não demandam a ANS.

REFERÊNCIAS

RN n.º 343, de 19 de março de 2013, que dispõe, em especial, sobre o procedimento de Notificação de Investigação Preliminar – NIP, e os atos normativos que vierem a sucedê-la.

3.3. Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar

Conceito

É uma taxa que permite avaliar a efetividade dos esforços de mediação ativa de conflitos, através da comunicação preliminar da ANS com as operadoras para a resolução de demandas de reclamação objeto de NIP assistencial, com data de atendimento no ano base, antes da instauração do processo administrativo.

Método de Cálculo

$$TR = (\text{Total de demandas NIP assistenciais Classificadas como: RVE, INATIVA e NP}) / (\text{Total de demandas NIP assistenciais Classificadas}) \times 100$$

Definição de termos utilizados no Indicador

- NIP assistencial: a notificação que terá como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial.
- Demandas Classificadas: são as que receberam a devida classificação e não estão mais em andamento no dispositivo NIP, as classificações NIP são:
 - o **Núcleo:** Demandas encaminhadas para abertura de processo administrativo sancionador.
 - o **RVE** - Reparação Voluntária e Eficaz: Quando da adoção pela operadora de planos privados de assistência à saúde de medidas necessárias para a solução da demanda, resultando na reparação dos prejuízos ou danos eventualmente causados e no cumprimento útil da obrigação, desde que observados os prazos definidos no art. 8º da RN nº 343 de 17/12/2013.
 - o **INATIVA** - Resolvida ou sem resposta do consumidor no prazo de 10 dias.*
 - o **NP** – Demandas não procedentes.

Interpretação do indicador

O presente indicador mede a capacidade de resolução das demandas assistenciais objetos de NIP, sem a necessidade de abertura de processo administrativo.

Usos

- Diminuição do número de procedimentos administrativos;
- Solução imediata do conflito entre operadora e beneficiários;
- Garantia da cobertura assistencial;
- Correção de condutas infrativas por parte da operadora.

Meta

Taxa de Resolutividade igual ou superior a 85,0%.

Pontuação

Resultado da Taxa	Pontuação
TR < 65,0%	0,00
65 ≤ TR < 70%	0,20
70 ≤ TR < 75%	0,40
75 ≤ TR < 80%	0,60
80 ≤ TR < 85%	0,80
TR ≥ 85,0 %	1,00

Fontes de Dados

- SIF - Sistema Integrado de Fiscalização.

Ação esperada para causar impacto positivo no índice

- Aprimoramento das ações orientadoras e sancionadoras da ANS sobre as operadoras com baixa taxa de resolutividade.

Limitações e Vieses

- O indicador avalia somente as demandas que foram classificadas até a data do cálculo, não incluindo as que ainda se encontrarem em andamento.

Nota

* As demandas Inativas são sujeitas a auditoria interna trimestral, por meio de amostra probabilística, para verificação da ausência de resposta ao formulário do consumidor.

Referências

Resolução Normativa nº 343, de 17 de dezembro de 2013.

3.4. Recursos Próprios

Conceito

Este indicador propõe refletir a capacidade da operadora em honrar seus compromissos a longo prazo a partir do patrimônio constante das informações financeiras periódicas enviadas à ANS.

Para apuração do indicador é realizada a comparação do Patrimônio, ajustado por efeitos econômicos previstos na regulamentação vigente, com o maior valor entre a exigência integral de Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA) e de Margem de Solvência (MS).

Para os ajustes por efeitos econômicos e a exigência de MS, foram desconsiderados os escalonamentos possibilitados, respectivamente, na Instrução Normativa – IN nº 50, de 2012, da DIOPE, e na Resolução Normativa – RN nº 209, de 2009. Tais escalonamentos visam adequação transitória de operadoras à exigência integral.

Também serão considerados, para fins de apuração do Patrimônio, os valores adicionais resultantes da diferença entre a exigência mínima de provisões técnicas, prevista na regulamentação vigente (PESL SUS e PEONA), e os valores efetivamente contabilizados pelas operadoras.

Sendo identificadas inconsistências na contabilidade da operadora, seu indicador não será calculado e será atribuída pontuação zero.

Método de Cálculo

$$IRP = \frac{\text{Patrimônio Líquido Ajustado}}{\text{Margem de Solvência}}$$

Definição de termos utilizados no indicador

Patrimônio Líquido Ajustado: Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social com ajustes por efeitos econômicos definidos na Instrução Normativa DIOPE – IN n.º 50, de 23 de novembro de 2012, excetuando os incisos I, II e III do art. 2º.

Margem de Solvência: corresponde à suficiência do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social ajustado por efeitos econômicos em sua integralidade.

Meta

O indicador IRP da operadora deve ser igual a 1.

Pontuação

Resultado de IRP obtido pela operadora	
Operadoras irregulares com exigência de PMA/MS *	0
IRP < 95%	IRP
95% <= IRP < 100%	0,95
100 <= IRP < 200%	0,98
200 <= IRP < 300%	0,99
IRP >= 300%	1

* As informações serão referentes ao 4º trimestre de 2015, de acordo com a Resolução Normativa nº 209.
Onde:

Fonte

DIOPS

3.5. Disponibilidade Financeira**Conceito**

Este indicador propõe refletir a capacidade da operadora em honrar seus compromissos advindos da operação de planos de saúde no curto prazo, a partir das informações financeiras periódicas enviadas à ANS.

Para apuração do indicador é realizada a comparação do total de ativos financeiros disponíveis, acrescido dos ativos registrados como depósitos judiciais de eventos e o total exigido de provisões técnicas.

Serão considerados, para fins de apuração do total exigido de provisões, os valores adicionais resultantes da diferença entre a exigência mínima de provisões técnicas, prevista na regulamentação vigente (PESL SUS e PEONA), e os valores efetivamente contabilizados pelas operadoras.

Sendo identificadas inconsistências na contabilidade da operadora, seu indicador não será calculado e será atribuída pontuação zero.

Método de Cálculo

$$IDF = \frac{\text{Ativos Financeiros}}{\text{Provisões Técnicas}}$$

Definição de termos utilizados no indicador

Ativos Financeiros: Ativos financeiros da operadora somados aos depósitos de disputas judiciais de eventos.

Provisões Técnicas: Provisões Técnicas definidas de acordo com a RN nº 209 (exceto PPCNG).

Meta

O Indicador de Disponibilidade Financeira da operadora deve ser maior ou igual a 1,0.

Pontuação

<i>Resultado de I_{LC} obtido pela operadora</i>	<i>Pontuação</i>
IDF < 0,5	0
0,5 ≤ IDF < 1	IDF
IDF ≥ 1	1

Fonte

DIOPS

4. GESTÃO DE PROCESSOS E REGULAÇÃO – IDGR

4.1. Percentual de qualidade cadastral

Conceito

É uma medida da qualidade dos dados cadastrais de beneficiários de uma operadora, relativa aos campos de identificação do beneficiário e de identificação do plano ao qual está vinculado, conforme seu cadastro no Sistema de Informações de Beneficiários.

Método de Cálculo

$\frac{\text{Número de beneficiários ativos identificados no cadastro da operadora e com planos identificados}}{\text{Total de beneficiários ativos da operadora no Cadastro de Beneficiários na ANS}} \times 100$
--

Definição de termos utilizados no indicador:

Beneficiário de plano privado de assistência à saúde: é a pessoa natural, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com operadora de plano privado de assistência à saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar ou odontológica, sendo, no cadastro de beneficiários da operadora na ANS, classificado como:

Beneficiário ativo: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato do respectivo plano está em vigor.

Beneficiário dependente: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de dependência ou de agregado a um beneficiário titular.

Beneficiário ativo identificado:

1) Beneficiário ativo identificado é aquele que atende aos critérios:

1.1) Beneficiários maiores de 18 anos (titulares ou dependentes) e titulares a menores de 18 anos:

“Nome do beneficiário”, “data de nascimento do beneficiário”, “plano preenchido e válido” e “Número do beneficiário no Cadastro de Pessoa Física – CPF” preenchidos e válidos.

1.2) Beneficiários dependentes até 18 anos:

“Nome do beneficiário”, “data de nascimento do beneficiário”, “plano preenchido e válido” e “nome da mãe válido”.

2) Itens para validação de preenchimento:

O campo “Nome do beneficiário” e “nome da mãe” são considerados válidos se preenchidos conforme o documento “críticas de Campos de dados cadastrais” Disponível no sítio da ANS na Internet www.ans.gov.br, no perfil destinado às operadoras.

O campo “CPF” é considerado válido se preenchido conforme o documento “Críticas de Campos de dados cadastrais disponíveis no sítio da ANS na Internet www.ans.gov.br, no perfil destinado às operadoras e houver, no máximo, 2 (duas) repetições para cada um desses no Cadastro de Beneficiários da operadora. O CPF, uma vez preenchido, deve ser do próprio beneficiário e estar validado contra a base da Receita Federal.

Beneficiário ativo com plano identificado: é o beneficiário, titular ou dependente, cujo conteúdo dos campos seguintes esteja preenchido e válido:

Para planos posteriores à Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, o campo “Número do código do plano na ANS”;

Para planos anteriores à Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, o campo “Número do código do plano na operadora”; Os campos “número do código do plano na

ANS” e “número do código do plano na operadora” são considerados válidos se estiverem preenchidos conforme o registrado no Registro de Planos de Saúde – RPS e o cadastrado no Sistema de Cadastro de Planos Antigos – SCPA, respectivamente.

Beneficiários ativos da operadora no Cadastro de Beneficiários na ANS:

Todos os beneficiários ativos da operadora existentes no Cadastro de Beneficiários na ANS.

Interpretação do indicador

Avalia a qualidade do preenchimento dos campos identificadores do beneficiário e do plano ao qual o beneficiário está vinculado. Quanto maior o valor do indicador, maior a qualidade dos dados da operadora no Cadastro de Beneficiários na ANS, tanto em relação aos dados de beneficiários como aos dados de planos, possibilitando identificar indivíduos e respectivas coberturas.

Usos

Avaliar e acompanhar a qualidade dos dados da operadora no Cadastro de Beneficiários na ANS em relação à identificação de beneficiários e de planos.

Incentivar a operadora a aprimorar a qualidade dos seus dados no Cadastro de Beneficiários na ANS.

Meta

100% de qualidade do preenchimento dos campos identificadores do beneficiário e do plano ao qual o beneficiário está vinculado.

Pontuação

Resultado Obtido Pela Operadora	Pontuação
Resultado = 0%	0
0 < Resultado < 100%	0 < V < 1
Resultado = 100%	1

V= Resultado/100

Fonte de Dados

SIB/ANS/MS – Sistema de Informações de Beneficiários;

RPS/ANS/MS – Registro de Planos de Saúde e SCPA/ANS/MS – Sistema de Cadastro de Planos Antigos.

Ações esperadas para causar impacto positivo no indicador

Aprimoramento das ações orientadoras e sancionadoras da ANS sobre as operadoras com baixa qualidade cadastral; ação da operadora junto aos seus beneficiários para apuração das Informações não disponíveis ou inadequadamente informadas.

Limitações e vieses do indicador

Reflete a qualidade do preenchimento dos campos identificadores do beneficiário e do plano, não refletindo, porém, a qualidade dos demais atributos constantes no Cadastro de Beneficiários na ANS.

Referências

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa (RN) nº295, de 09 de maio de 2012. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa (IN) nº46 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial.

4.2. Índice de regularidade de envio dos sistemas de informação

Conceito

Corresponde ao grau de cumprimento das obrigações periódicas das operadoras, quanto aos encaminhamentos devidos dos dados dos sistemas de informações Sistema de Informações do Beneficiário (SIB), Sistema de Informações de Produtos (SIP) e Documento de Informações Periódicas das

Operadoras de Planos de Saúde (DIOPS), dentro dos prazos estabelecidos nos Atos Normativos da ANS.

Método de Cálculo

$$\frac{\frac{\text{Envio SIB}}{N} + \frac{\text{Envio SIP}}{n} + \frac{\text{Envio DIOPS}}{n}}{\text{Total de sistemas devidos}} \times 100$$

n= Número de envios devidos para cada sistema de informação

Este cálculo aplica-se às operadoras nas modalidades: Medicina de grupo, Odontologia de grupo, Filantropia, Autogestão, Seguradora especializada em saúde, Cooperativa médica e Cooperativa odontológica.

Não se incluem na fórmula acima os envios trimestrais do DIOPS para:

- Operadoras da modalidade Autogestão por RH estão desobrigadas do envio dos dados do DIOPS.
- Operadoras das modalidades Cooperativa odontológica ou Odontologia de grupo com número de beneficiários inferior a 20 (vinte) mil, estão dispensadas da obrigação de envio de informações relativas ao primeiro, segundo e terceiro trimestres.

Definição de termos utilizados no Indicador

Envio do SIP, SIB e DIOPS: número de envios periódicos desses dados pela operadora à ANS, dentro dos prazos para as competências estabelecidas nos normativos vigentes. A data considerada não depende da data de processamento das informações pela ANS, ou seja, será considerada a data do primeiro envio de arquivo válido, independentemente da data de processamento das informações pela ANS.

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 das normas estabelecidas para DIOPS, SIB e SIP.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Número de obrigações definidas nos atos normativos da ANS

Meta

Cumprimento das obrigações devidas em 100%.

Pontuação

Resultado Obtido Pela Operadora	Pontuação
% de regularidade	Valor de 0 a 1
Resultado = 0	0
Resultado > 0% e < 100%	V (> 0 e < 1)
Resultado = 100%	1

V = (Resultado > 0% < 100%)

Fonte

MS/ANS – Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (DIOPS);

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

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

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

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Rever as rotinas operacionais para atendimento integral e tempestivo das informações periódicas requisitadas pelos normativos da ANS.

Limitações e Vieses

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

Referências

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

4.3. Índice de Efetivo Pagamento do Ressarcimento ao SUS

Conceito

Percentual de pagamento acumulado, relativo ao débito do processo de ressarcimento ao SUS, efetuado pela Operadora de plano de saúde, até o último dia do ano-base avaliado.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Valores Pagos} + \text{Valores em Parcelamento}}{\text{Valores Cobrados}}$$

Definição de termos utilizado no indicador

- Valores Pagos: corresponde à soma de valores originais de GRUs efetivamente quitados pelas operadoras, acumulados até o último dia do ano-base avaliado, seja por meio de pagamento direto ou conversão em renda. Valores relacionados a impedimentos judiciais ou suspensos por depósito judicial não são considerados;

- Valores em Parcelamento: corresponde à soma de valores originais das GRUs que compõem parcelamentos deferidos acumulados até o último dia do ano-base avaliado.; e
- Valores Cobrados: corresponde à soma de valores originais das GRUs de ressarcimento ao SUS cobrados até o último dia do ano-base avaliado.

Interpretação do indicador

Mede o percentual de pagamentos restituídos ao SUS pela Operadora de plano de saúde, em relação ao total de débitos do ressarcimento notificados.

Valores próximos a 1 (um) indicam a prontidão da OPS em pagar, e valores próximos de 0 (zero) sugerem menor diligência com seus débitos junto ao SUS.

Uso

As Operadoras de Plano de Saúde, em obediência ao princípio contábil da prudência, devem constituir uma Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar – PESL originados do ressarcimento ao SUS, frente à expectativa de obrigação que o lançamento de um Aviso de Beneficiário Identificado – ABI gera.

Essa provisão, assim como as demais provisões técnicas, deve ser lastreada por ativos garantidores, que são recursos financeiros destinados a cobrir riscos, caso eles se traduzam em despesas.

Com o objetivo de incentivar à adoção de boas práticas de governança, o índice de efetivo pagamento é utilizado para desobrigar as OPS de lastrear os riscos esperados, inerentes ao processo de ressarcimento ao SUS, na mesma proporção do resultado obtido com indicador.

Meta

A meta é de 100%, considerando que, administrativamente, depois que a cobrança é gerada, não cabe mais discussão de mérito.

Pontuação

Pontuação obtida diretamente pela fórmula descrita no item método de cálculo.

Fonte de dados

Cruzamento da base de dados oriunda do DATASUS, de AIHs e APACs, e o Sistema de Informações de Beneficiários – SIB.

Limitações e vieses

Há subenumeração dos valores cobrados, visto que existem atendimentos que já estão aptos para cobrança, mas a GRU correspondente ainda não foi gerada, resultando em atendimentos não computados na cobrança, e, portanto, em distorção na proporcionalidade dos pagamentos restituídos ao SUS.

Outro viés observado é a análise dos atendimentos impugnados e/ou recorridos pelas OPS, sem a devida conclusão pelo deferimento, ou não, dos argumentos apresentados.

Referências

Resolução Normativa nº 227, de 10 de agosto de 2010, e alterações posteriores.

4.4. Programa de Operadora Acreditada

Conceito

Pontuação base acrescida ao resultado do Índice de Desempenho da Gestão de Processos e Regulação - IDPR, para as operadoras que participam do Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e estejam acreditadas no último dia do ano-base e com divulgação no sítio eletrônico da ANS, na forma disposta no parágrafo 4º do artigo 8º da Resolução Normativa - RN nº 277, de 4 de Novembro de 2011.

Método de Cálculo

- a) Para operadoras com certidão de acreditação vigente no final do ano base:

$$(\text{Pontuação Base} + \text{IDPR}) \leq 1$$

Onde:

Pontuação base = 0,5 (referente à certidão de acreditação obtida)

IDPR = média ponderada dos índices de desempenho dos indicadores da dimensão, calculada através da seguinte fórmula:

$$\text{IDPR} = \frac{\text{ID1} \cdot p1 + \text{ID2} \cdot p2 + \text{ID3} \cdot p3}{p1 + p2 + p3}$$

Onde:

ID1 = índice de desempenho do indicador "Percentual de Qualidade Cadastral"

ID2 = índice de desempenho do indicador "Índice de Regularidade de Envio dos Sistemas de informação"

ID3= índice de desempenho do indicador “Índice de Efetivo Ressarcimento ao SUS”

P = peso do indicador

Observações:

O resultado final do IDPR acrescido da pontuação base não poderá ultrapassar o valor 1 (um).

b) Para as operadoras sem certidão de acreditação vigente no final do ano base:

IDPR = média ponderada dos índices de desempenho dos indicadores da dimensão.

Interpretação da Pontuação Base

Valoriza os processos de gestão da operadora que possui a certidão de acreditação, garantindo 50% da pontuação do IDPR.

Usos

Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde a participarem do Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

Fonte de dados

Sítio eletrônico da ANS

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS.

Resolução Normativa - RN nº 277, de 4 de Novembro de 2011, e seus anexos.