

ANEXO II

FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR ANO-BASE 2016

Revisão #	Data da revisão	Descrição
1	23/09/2016	Versão inicial
2	04/10/2016	Errata no indicador 1.1
3	16/12/2016	Errata nos indicadores 1.1; 1.4; 2.2 e 4.4

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 concepto é extraído mediante incisão das paredes abdominal e uterina.

Parto normal - Procedimento no qual o concepto 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 obstétrica 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).

Ou

Numerador: TISS 31309054 ou 31309208

Denominador: TISS 31309127 + 31309054 + 31309208

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>

ERRATAS:

Onde se lê:

Numerador: TISS 31309054 ou 31309208

Leia-se:

Numerador: TISS 31309054 + 31309208

E

Onde se lê:

Método de Cálculo:

Leia-se:

Método de Cálculo*:

*As operadoras com um total de menos de 100 partos no período não terão o indicador calculado.

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

$$\frac{\text{Número de internações hospitalares por fratura de fêmur em beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais fora do período de carência}}{\text{Número total de beneficiários fora do período de carência com 60 anos ou mais de idade}} \times 1000$$

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 $\leq 0,1MS$ ou Resultado $\geq 4MS$	0
$0,1MS < \text{Resultado} < 0,5MS$	$\frac{\text{Resultado} - 0,1MS}{0,4MS}$
$0,5MS \leq \text{Resultado} \leq 1,5MS$	1
$1,5MS < \text{Resultado} < 4MS$	$1 - \left(\frac{\text{Resultado} - 1,5MS}{2,5MS} \right)$

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).

Ou

Numerador: TISS 30725127; 30725135; 30725160; 30725100; 30725119; 30725194; 30724058; 30724066; 30724074; 30724082

Denominador: Sistema de Informação de Beneficiários (Beneficiários com 60 anos ou mais que possuam a segmentação hospitalar).

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 Selecionadas 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

(Total de consultas de Clínica Médica x 0,25) + total de consultas em geriatria em beneficiários fora do período de carência na faixa etária de 60 anos ou mais.

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 $\geq 0,5$
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: Denominador: Número de Beneficiários do SIB (Sistema de Informações de Beneficiários) acima de 60 anos de idade em planos que contenham a 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

$\frac{\text{Número de procedimentos preventivos em saúde bucal em beneficiários fora do período de carência} + \text{Número de raspagens supra-gengivais por hemi-arcada em beneficiários com 12 anos ou mais fora do período de carência no período de análise}}{\text{Total de procedimentos odontológicos realizados em beneficiários fora do período de carência no período de análise}} \times 100$

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

Ou

Numerador: TISS 87000016; 87000024; 84000031; 84000058; 84000074; 84000090; 84000112; 84000139; 84000163; 84000171; 84000198; 84000201; 85300055; 84000228; 84000236; 84000244; 84000252; 85300047.

Denominador: Sistema de Informação Número de beneficiários em planos odontológicos (SIB).

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.

ERRATA:

Onde se lê:

Denominador: Sistema de Informação Número de beneficiários em planos odontológicos (SIB).

Leia-se:

Denominador: Somatório dos procedimentos 81000014 + 81000030 + 81000049 + 81000057 + 81000065 + 81000073 + 81000090 + 81000111 + 81000138 + 81000154 + 81000170 + 81000189 + 81000197 + 81000200 + 81000219 + 81000235 + 81000243 + 81000260 + 81000278 + 81000294 + 81000308 + 81000324 + 81000340 + 81000367 + 81000375 + 81000383 + 81000405 + 81000413 + 81000421 + 81000430 + 81000456 + 81000472 + 81000480 + 81000510 + 81000529 + 81000537 + 81000545 + 81000553 + 81000561 + 81000570 + 82000026 + 82000034 + 82000050 + 82000069 + 82000077 + 82000085 + 82000158 + 82000166 + 82000174 + 82000182 + 82000190 + 82000212 + 82000239 + 82000247 + 82000255 + 82000263 + 82000271 + 82000280 + 82000298 + 82000301 + 82000336 + 82000344 + 82000352 + 82000360 + 82000387 + 82000395 + 82000417 + 82000441 + 82000468 + 82000484 + 82000506 + 82000522 + 82000549 + 82000557 +

82000581 + 82000603 + 82000620 + 82000646 + 82000662 + 82000689 +
82000700 + 82000743 + 82000778 + 82000786 + 82000794 + 82000808 +
82000816 + 82000832 + 82000859 + 82000875 + 82000883 + 82000891 +
82000905 + 82000913 + 82000921 + 82000948 + 82000964 + 82000980 +
82001006 + 82001022 + 82001030 + 82001049 + 82001057 + 82001065 +
82001073 + 82001103 + 82001120 + 82001138 + 82001154 + 82001170 +
82001189 + 82001197 + 82001219 + 82001235 + 82001243 + 82001251 +
82001286 + 82001294 + 82001308 + 82001316 + 82001324 + 82001332 +
82001367 + 82001375 + 82001391 + 82001413 + 82001430 + 82001448 +
82001456 + 82001464 + 82001499 + 82001502 + 82001510 + 82001529 +
82001545 + 82001553 + 82001588 + 82001596 + 82001618 + 82001634 +
82001642 + 82001650 + 82001669 + 82001685 + 82001707 + 82001715 +
82001723 + 82001731 + 82001740 + 82001758 + 82001766 + 83000020 +
83000046 + 83000062 + 83000089 + 83000097 + 83000100 + 83000127 +
83000135 + 83000151 + 84000015 + 84000031 + 84000058 + 84000074 +
84000090 + 84000112 + 84000139 + 84000163 + 84000171 + 84000198 +
84000201 + 84000228 + 84000236 + 84000244 + 84000252 + 85000787 +
85100013 + 85100021 + 85100030 + 85100048 + 85100056 + 85100064 +
85100072 + 85100080 + 85100099 + 85100102 + 85100110 + 85100129 +
85100137 + 85100145 + 85100153 + 85100161 + 85100170 + 85100196 +
85100200 + 85100218 + 85100226 + 85100234 + 85100242 + 85100250 +
85100269 + 85200018 + 85200026 + 85200034 + 85200042 + 85200050 +
85200069 + 85200077 + 85200085 + 85200093 + 85200107 + 85200115 +
85200123 + 85200131 + 85200140 + 85200158 + 85200166 + 85200174 +
85200182 + 85300012 + 85300020 + 85300039 + 85300047 + 85300055 +
85300063 + 85300071 + 85300080 + 85300098 + 85300101 + 85400017 +
85400025 + 85400033 + 85400041 + 85400050 + 85400068 + 85400076 +
85400084 + 85400092 + 85400106 + 85400114 + 85400122 + 85400130 +
85400149 + 85400157 + 85400165 + 85400173 + 85400181 + 85400190 +
85400203 + 85400211 + 85400220 + 85400238 + 85400246 + 85400254 +
85400262 + 85400270 + 85400289 + 85400297 + 85400300 + 85400319 +
85400327 + 85400335 + 85400343 + 85400351 + 85400360 + 85400378 +
85400386 + 85400394 + 85400408 + 85400416 + 85400424 + 85400432 +
85400440 + 85400459 + 85400467 + 85400475 + 85400483 + 85400491 +

85400505 + 85400513 + 85400521 + 85400530 + 85400548 + 85400556 +
85400564 + 85400572 + 85400580 + 85400599 + 85400602 + 85400610 +
85500011 + 85500020 + 85500038 + 85500046 + 85500054 + 85500062 +
85500070 + 85500089 + 85500097 + 85500100 + 85500119 + 85500127 +
85500135 + 85500143 + 85500151 + 85500160 + 85500178 + 85500186 +
85500194 + 85500208 + 85500216 + 85500224 + 86000012 + 86000020 +
86000039 + 86000047 + 86000055 + 86000063 + 86000080 + 86000098 +
86000110 + 86000128 + 86000144 + 86000152 + 86000160 + 86000179 +
86000187 + 86000195 + 86000209 + 86000225 + 86000233 + 86000241 +
86000250 + 86000268 + 86000276 + 86000284 + 86000292 + 86000306 +
86000314 + 86000322 + 86000330 + 86000357 + 86000365 + 86000373 +
86000381 + 86000390 + 86000403 + 86000411 + 86000420 + 86000438 +
86000446 + 86000454 + 86000462 + 86000470 + 86000489 + 86000497 +
86000500 + 86000519 + 86000527 + 86000535 + 86000543 + 86000551 +
86000560 + 86000578 + 86000586 + 86000594 + 86000608 + 86000616 +
87000016 + 87000024 + 87000032 + 87000040 + 87000059 + 87000067 +
87000148 + 87000164 + 87000180 + 87000199 nas guias de tratamento
odontológico.

1.5 Taxa de Citopatologia Cérvico - Vaginal Oncótica

Conceito

Número médio de procedimentos diagnósticos em citopatologia cérvico-vaginal oncótica 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 oncótica 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 oncótica 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 ONCÓTICA	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 oncótica 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 oncótica em mulheres de 25 a 59 anos"; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência).

Ou

Numerador: TISS 40601137

Denominador: Número de beneficiárias de 25 a 59 anos em planos que contenham a segmentação ambulatorial - Sistema de Informação de Beneficiários.

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
f. 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 (Datapus). 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 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. 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.

1.6 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	
Número total de beneficiárias na faixa etária 50 a 69 anos fora do período de carência para o procedimento	x 100

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.

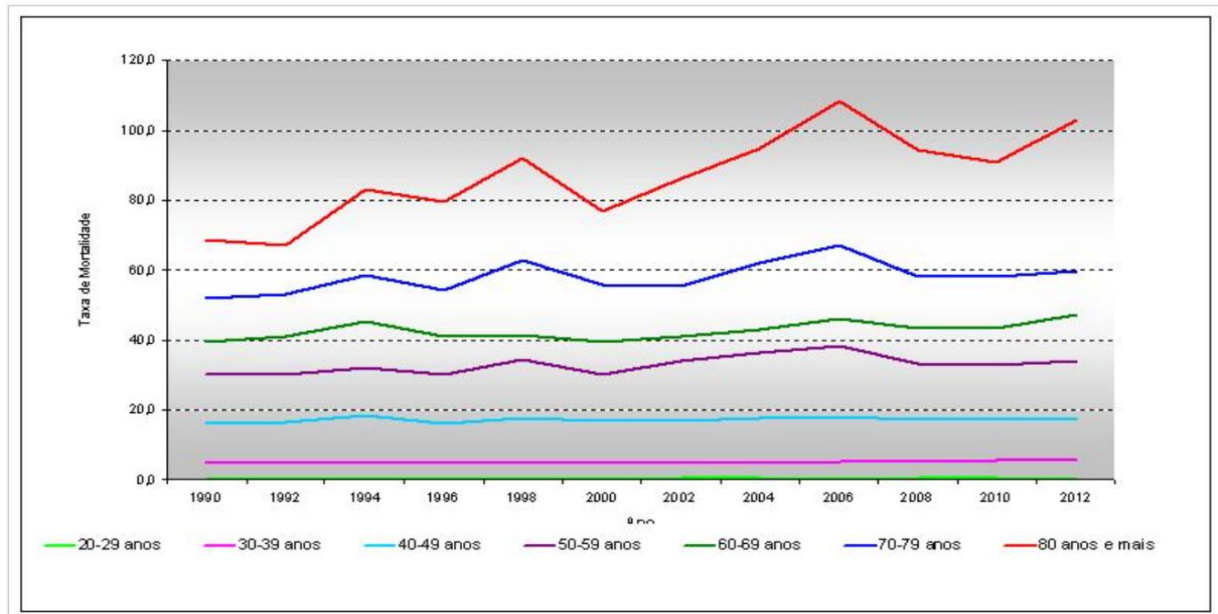
Região\País	Incidência		Mortalidade	
	Taxa Bruta	Taxa Padronizada	Taxa Bruta	Taxa Padronizada
Finlândia	162,9	89,4	31,3	13,6
Reino Unido	164,5	95,0	36,7	17,1
Espanha	106,6	67,3	25,7	11,8
Estados Unidos	145,6	92,9	27,5	14,9
Canadá	134,1	79,8	28,2	13,9
Austrália	128,0	86,0	25,7	14,0
Japão	85,9	51,5	21,3	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.

1.7 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 – IDQAS, 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 IDQAS + (IDAS*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 IDQAS acrescido da pontuação bônus não poderá ultrapassar o valor 1 (um).

Resultado do IDQAS + (IDAS*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 incluem 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 IDQAS 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 (IDQAS*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 IDQAS. Para aquelas que possuem programas aprovados pela ANS, que incluem 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.

1.8 Indicador de Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS

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 / Termo de Acompanhamento em um dos Projetos: (1) Parto Adequado; (2) Idoso Bem Cuidado; (3) OncoRede; e (4) Projeto Sorrir, até o último dia útil do ano-base analisado.

Método de Cálculo

(Pontuação Base + IDQS) ≤ 1

Onde:

Pontuação base = 0,15 (referente à pontuação base dada pela assinatura do Termo de Adesão a um dos Projetos)

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

Em relação ao Projeto Parto Adequado

- 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.

Em relação ao Projeto Idoso Bem Cuidado

- Assinado o Termo de Acompanhamento de Inovações em Qualidade nos Serviços de saúde na área de Cuidado ao Idoso – Projeto Idoso Bem Cuidado;
- Envio do Projeto-Piloto a ser implementado, contemplando um ou mais dos eixos estruturantes do modelo proposto: (1) Atenção Primária; (2) Atenção Hospitalar; (3) Reabilitação, Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos; e (4) Navegador do Cuidado.

Em relação ao Projeto OncoRede

- Assinado o Termo de Acompanhamento de Inovações em Qualidade nos Serviços de saúde na área de Oncologia – Projeto Onco-Rede;
- Envio do Projeto-Piloto a ser implementado, contemplando um ou mais dos eixos estruturantes do Projeto e indicadores de monitoramento da qualidade da atenção oncológica.

Em relação ao Projeto Sorrir

- Assinado o Termo de Acompanhamento de Inovações em Qualidade nos Serviços de saúde na área de Odontologia – Projeto Sorrir;
- Envio do Projeto-Piloto a ser implementado, contemplando um ou mais dos módulos do modelo proposto e indicadores de monitoramento da qualidade da atenção odontológica.

Interpretação da Pontuação Base

Incentiva a operadora que participa dos projetos propostos pela ANS de forma voluntária. O modelo apresentado pela ANS tem por principal meta a melhoria da qualidade e da coordenação do atendimento prestado desde a porta-de-entrada do sistema e ao longo do continuum do cuidado. Como consequência,

será possível observar no tempo a utilização mais adequada dos recursos do sistema como um todo - tanto por profissionais de saúde quanto por usuários / pacientes.

Desta forma, esta Pontuação Base se aplica às operadoras de planos privados de assistência à saúde que têm desenvolvido estratégias alinhadas às propostas de reorientação do modelo de prestação e remuneração de serviços de saúde, em um dos 3 Projetos de Indução da Qualidade em andamento: (1) Projeto Parto Adequado, (2) Projeto Idoso Bem Cuidado, (3) Projeto OncoRede, e (4) Projeto Sorrir.

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

A pontuação bônus é limitada a 0,15 e não é cumulativa, independentemente do número de projetos de indução da qualidade ao qual a operadora participe.

Usos

Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde a colaborarem com a ANS, e os prestadores de serviços, em suas iniciativas de mudança da prestação e remuneração de serviços de saúde, contribuindo o aprimoramento da qualidade do cuidado na saúde suplementar.

Referências

GERALD J. LANGLEY RONALD D. MOEN KEVIN M. NOLAN THOMAS W. NOLAN CLIFFORD L. NORMAN LLOYD P. PROVOST. **Modelo de Melhoria Uma abordagem prática para melhorar o desempenho organizacional.** Tradução: Ademir Petenate. -- Campinas, SP: Mercado de Letras, 2011.

PORTELA MC, PRONOVOST PJ, WOODCOCK T, CARTER P, DIXON-WOODS M. **How to study improvement interventions: a brief overview of possible study types.** BMJ Qual Saf. 2015 May;24(5):325–36.

OLIVEIRA M *et. al.* **Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor.** Projeto Idoso Bem Cuidado Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016.

2. INDICADORES DA DIMENSÃO GARANTIA DE ACESSO – IDGA

2.1 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).

Ou

Numerador: TISS 10101012; 10106014; 10106030; 20101082; 40401022; 20101074; 20101015; 20101090; 10106049; 10106146; 20101210; 20101228; 20101236; 20201133

Denominador: Número de Beneficiários em planos que contenham a segmentação ambulatorial, Sistema de Informação de Beneficiários – SIB/ANS.

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.

2.2 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.

Apointa 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 de 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.

ERRATA:

Onde se lê:

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).

Leia-se:

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).

OU

Numerador: Padrão TISS - Soma da quantidade de guias de resumo de internação, onde o tipo de faturamento é igual a "final" ou "total".

Denominador: Número de Beneficiários do SIB (Sistema de Informações de Beneficiários) em planos que contenham a segmentação hospitalar.

2.3 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 flúoreto 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.	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%)		%	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.	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%)		%	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.	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.		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 < Resultado < 0,50	0 < v < 1
Resultado ≥ 0,50	1

V= (0 < 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).

Ou

Numerador: TISS 81000065

Denominador: Número de beneficiários em planos odontológicos no Sistema de Informação de Beneficiários.

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-ODONTOPEDEIA. 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.

2.4 – Posicionamento no Acompanhamento e Avaliação da Garantia de Atendimento

Conceituação

Somatório da pontuação obtida pela operadora de acordo com seu posicionamento na faixa no acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento.

Método de Cálculo

Somatório dos valores nas faixas de posicionamento em cada trimestre do monitoramento da garantia de atendimento	x 100
Nº de trimestres do monitoramento da garantia de atendimento elegíveis	

Definição de termos utilizados no Indicador

Faixa de posicionamento da operadora

Faixa em que a operadora é posicionada de acordo com o resultado do IO no acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento, conforme art. 10 da Instrução Normativa nº 48, de 10 de setembro de 2015, da Diretoria de Normas e Habilitação.

As operadoras classificadas em risco, conforme art. 17 também da IN DIPRO nº 48, de 2015, que possuam planos sujeitos a suspensão serão classificadas em faixa específica não disposta no referido normativo.*¹

Valores nas Faixas

Valor atribuído à operadora, a cada trimestre de avaliação, de acordo com a faixa na qual está posicionada, conforme tabela abaixo:

Faixas	Valores
Faixa 0	1
Faixa 1	0,75
Faixa 2	0,50
Faixa 3	0,25
Faixa 3 em risco.* ¹	0

Trimestre do acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento

Corresponde aos períodos de avaliação do acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento, conforme disposto no art. 3º da IN DIPRO nº 48, de 2015, no ano base.

Será considerado elegível o trimestre no qual a operadora participou do acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento, no ano base.

Critérios de Exclusão

Este indicador não se aplica às operadoras classificadas como administradoras de benefícios e as operadoras que não participarem do acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento nos quatro trimestres do ano base.

Interpretação do Indicador

Quanto maior o resultado do indicador, menor o risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários.

Usos

Verificar as operadoras com comportamento reiterado de risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Espera-se que a operadora permaneça localizada na Faixa 0, que indica menor o risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, nos 4 períodos analisados.

Meta

Apresentar pontuação igual a '0' (zero) no somatório dos 4 trimestres.

Pontuação

Resultado Obtido Pela Operadora	Pontuação	
	Valor de 0 a 1	Peso 1
% de acordo com as faixas de posicionamento no acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento.		
Resultado = 0%	0	0
Resultado > 0% e < 100%	V (> 0 e < 1)	V x 1
Resultado = 100%	1	1

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

Fonte

MS/ANS – Sistema de Avaliação e Acompanhamento da Garantia de Atendimento (SIAGA)

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Garantir o acesso dos beneficiários às coberturas previstas na Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, de acordo com as regras disposta na RN nº 259, de 2011. 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.

Limitações e Vieses

Problemas relacionados a ausência de avaliação da operadora em um ou mais trimestres de monitoramento, conforme parágrafo único do art. 7º da IN DIPRO nº 48, de 2015.

Referências

1. Instrução Normativa (IN) DIPRO nº 48, 10 de setembro de 2015.
2. Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011.

2.5 – Dispersão de Procedimentos e Serviços Básicos de Saúde

Conceituação

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 Jurídica”, conforme tabela abaixo, não serão considerados para a quantificação dos municípios.

1000	Administracao Publica
1015	Orgao Publico do Poder Executivo Federal
1023	Orgao Publico do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Orgao Publico do Poder Executivo Municipal
1040	Orgao Publico do Poder Legislativo Federal
1058	Orgao Publico do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Orgao Publico do Poder Legislativo Municipal
1074	Orgao Publico do Poder Judiciario Federal
1082	Orgao Publico do Poder Judiciario Estadual
1201	Fundo Publico
1210	Consortio Publico de Direito Publico (Associacao Publica)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Municipio
5037	Outras Instituicoes Extraterritoriais
5029	Representacao Diplomatica Estrangeira

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 Jurídica”, conforme tabela abaixo, não serão considerados para a quantificação dos municípios.

1000	Administracao Publica
1015	Orgao Publico do Poder Executivo Federal
1023	Orgao Publico do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Orgao Publico do Poder Executivo Municipal
1040	Orgao Publico do Poder Legislativo Federal
1058	Orgao Publico do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Orgao Publico do Poder Legislativo Municipal
1074	Orgao Publico do Poder Judiciario Federal
1082	Orgao Publico do Poder Judiciario Estadual
1201	Fundo Publico
1210	Consortio Publico de Direito Publico (Associacao Publica)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Municipio
5037	Outras Instituicoes Extraterritoriais
5029	Representacao Diplomatica Estrangeira

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	<p>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".</p> <p>"Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp.</p> <p>OU</p> <p>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.</p> <p>"Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp.</p>
Ultrassonografia	<p>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".</p> <p>"Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp.</p> <p>OU</p> <p>Se possuir no menu "Relatórios", seção "Equipamentos" algum item com Código 15 ou 13 e Equipamento "Ultrassom Convencional" ou "Ultrassom Doppler Colorido", respectivamente.</p> <p>"Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp.</p>

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 Obtido Pela Operadora	Pontuação	
	Valor de 0 a 1	Peso 1
% de municípios com previsão de cobertura assistencial que disponibilizam os procedimentos e serviços básicos de saúde		
Resultado = 0%	0	0
Resultado > 0% e < 100%	$V (> 0 \text{ e } < 1)$	$V \times 1$
Resultado = 100%	1	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.

2.6 – Dispersão da Rede Assistencial Hospitalar

Conceituação

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 Jurídica", conforme tabela abaixo, não serão considerados para a quantificação dos municípios.

1000	Administracao Pública
1015	Orgao Publico do Poder Executivo Federal
1023	Orgao Publico do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Orgao Publico do Poder Executivo Municipal
1040	Orgao Publico do Poder Legislativo Federal
1058	Orgao Publico do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Orgao Publico do Poder Legislativo Municipal
1074	Orgao Publico do Poder Judiciario Federal
1082	Orgao Publico do Poder Judiciario Estadual
1201	Fundo Publico
1210	Consortorio Publico de Direito Publico (Associacao Publica)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Municipio
5037	Outras Instituicoes Extraterritoriais
5029	Representacao Diplomatica Estrangeira

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 Jurídica", conforme tabela abaixo, não serão considerados para a quantificação dos municípios.

1000	Administracao Publica
1015	Orgao Publico do Poder Executivo Federal
1023	Orgao Publico do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Orgao Publico do Poder Executivo Municipal
1040	Orgao Publico do Poder Legislativo Federal
1058	Orgao Publico do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Orgao Publico do Poder Legislativo Municipal
1074	Orgao Publico do Poder Judiciario Federal
1082	Orgao Publico do Poder Judiciario Estadual
1201	Fundo Publico
1210	Consortio Publico de Direito Publico (Associacao Publica)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Municipio
5037	Outras Instituicoes Extraterritoriais
5029	Representacao Diplomatica Estrangeira

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

2.7 – Dispersão de Serviços de Urgência e Emergência 24 horas

Conceituação

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 Jurídica", conforme tabela abaixo, não serão considerados para a quantificação dos municípios.

1000	Administracao Publica
1015	Orgao Publico do Poder Executivo Federal
1023	Orgao Publico do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Orgao Publico do Poder Executivo Municipal
1040	Orgao Publico do Poder Legislativo Federal
1058	Orgao Publico do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Orgao Publico do Poder Legislativo Municipal
1074	Orgao Publico do Poder Judiciario Federal
1082	Orgao Publico do Poder Judiciario Estadual
1201	Fundo Publico
1210	Consortio Publico de Direito Publico (Associacao Publica)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Municipio
5037	Outras Instituicoes Extraterritoriais
5029	Representacao Diplomatica Estrangeira

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 Jurídica", conforme tabela abaixo, não serão considerados para a quantificação dos municípios.

1000	Administracao Publica
1015	Orgao Publico do Poder Executivo Federal
1023	Orgao Publico do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Orgao Publico do Poder Executivo Municipal
1040	Orgao Publico do Poder Legislativo Federal
1058	Orgao Publico do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Orgao Publico do Poder Legislativo Municipal
1074	Orgao Publico do Poder Judiciario Federal
1082	Orgao Publico do Poder Judiciario Estadual
1201	Fundo Publico
1210	Consortio Publico de Direito Publico (Associacao Publica)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Municipio
5037	Outras Instituicoes Extraterritoriais
5029	Representacao Diplomatica Estrangeira

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:

<p>Urgência e Emergência 24H</p>	<p>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.</p> <p>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 .</p> <p>OU</p> <p>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 PSIQUIÁTRICO", "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.</p>
----------------------------------	--

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	
	Valor de 0 a 1	Peso 1
% de municípios com beneficiários com disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24 horas		
Resultado = 0%	0	0
Resultado > 0% e < 100%	$V (> 0 \text{ e } < 1)$	$V \times 1$
Resultado = 100%	1	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.

2.8 - Dispersão da Rede Assistencial Odontológica

Conceituação

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 Jurídica", conforme tabela abaixo, não serão considerados para a quantificação dos municípios.

1000	Administracao Publica
1015	Orgao Publico do Poder Executivo Federal
1023	Orgao Publico do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Orgao Publico do Poder Executivo Municipal
1040	Orgao Publico do Poder Legislativo Federal
1058	Orgao Publico do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Orgao Publico do Poder Legislativo Municipal
1074	Orgao Publico do Poder Judiciario Federal
1082	Orgao Publico do Poder Judiciario Estadual
1201	Fundo Publico
1210	Consortorio Publico de Direito Publico (Associacao Publica)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Municipio
5037	Outras Instituicoes Extraterritoriais
5029	Representacao Diplomatica Estrangeira

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 Jurídica", conforme tabela abaixo, não serão considerados para a quantificação dos municípios.

1000	Administracao Publica
1015	Orgao Publico do Poder Executivo Federal
1023	Orgao Publico do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Orgao Publico do Poder Executivo Municipal
1040	Orgao Publico do Poder Legislativo Federal
1058	Orgao Publico do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Orgao Publico do Poder Legislativo Municipal
1074	Orgao Publico do Poder Judiciario Federal
1082	Orgao Publico do Poder Judiciario Estadual
1201	Fundo Publico
1210	Consortio Publico de Direito Publico (Associacao Publica)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Municipio
5037	Outras Instituicoes Extraterritoriais
5029	Representacao Diplomatica Estrangeira

Crêterios de Exclusão

Este indicador não se aplica aos planos anteriores   Lei não 9.656, de 3 de junho de 1998, pois estes não possuem a informa o da área de atua o.

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

Serão desconsideradas as operadoras que não possuem 100% de planos com segmenta o exclusivamente odontológica.

Disponibilidade de Prestadores Odontológicos

A disponibilidade de prestadores odontológicos será verificada a partir da informa o 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 X Dentário	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
223216	CIRURGIAO DENTISTA EPIDEMIOLOGISTA
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	CIRURGIADENTISTA 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	
	Valor de 0 a 1	Peso 1
% de municípios com previsão de cobertura assistencial que disponibiliza prestador Odontológico		
Resultado = 0%	0	0
Resultado > 0% e < 100%	$V (> 0 \text{ e } < 1)$	$V \times 1$
Resultado = 100%	1	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.

2.9 Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Atributo de Qualidade

Conceito

Mostra a proporção de utilização, pelos beneficiários da operadora, de rede de hospitais com Atributo de Qualidade, conforme o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, nos termos da Resolução Normativa 405/2016 conferido por Entidades Acreditoras ou Entidades Colaboradoras, comparativamente ao total de utilização da rede hospitalar da operadora.

ENTIDADES ACREDITADORAS: pessoas jurídicas reconhecidas como tal pela RN nº 405/2016. 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.

ENTIDADES COLABORADORAS: pessoas jurídicas homologadas pela ANS com base na RN nº 405/2016 para aplicação do Programa de Monitoramento de Indicadores da Qualidade de Prestadores de Serviços de Saúde – PM QUALISS.

Método de Cálculo

$$URQ = \left[\frac{UT}{(UT + UNQ)} \right] * PP$$

Onde,

$$PP = \frac{(TP_1 + TP_2)}{[(P_1 + P_2) * n]}$$

$$TP_1 = \sum_{i=1}^n P_{1i}$$

$$TP_2 = \sum_{i=1}^n P_{2i}$$

$$UT = \sum_{i=1}^n [(U_i * A_i) + (U_i * PQ_i)]$$

$$UNQ = \sum_{i=1}^n PNQ_i \quad , \text{ se } A_i = 0 \text{ e } PQ_i = 0, PNQ_i = U_i, \text{ senão } PNQ = 0$$

Sendo:

U= Utilização por prestador

n = Quantidade de prestadores

A= Acreditação em 31 de dezembro; se sim, A = 3, se não, A = 0

PQ= Qualiss (PM-Qualiss) em 31 de dezembro; se sim, PQ = 2, se não, PQ = 0

UT= Utilização ponderada pelos atributos de qualidade

UNQ= Utilização não qualificada

URQ= Utilização de rede qualificada

PNQ = Prestador não qualificado

PP= Ponderação dos pesos

p₁= 3

p₂= 2

P = Peso (p) obtido pelo prestador i, 1 ≤ i ≤ n

TP = Total de pesos

Fontes de dados

Numerador

- TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar) – evento de internação
- QUALISS – prestador com atributo de qualidade.

Denominador

- TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar) – evento de internação
- QUALISS – prestador com atributo de qualidade.

Interpretação do Indicador

Permite avaliar frequência com que os beneficiários são atendidos em hospitais que possuem atributo de qualidade 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 assistência oferecida aos beneficiários.

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

Considerando as ponderações supramencionadas, a meta é atingir no mínimo 60% dos atendimentos em hospitais com atributo de qualidade.

Resultado	Pontuação
URQ < 10%	0,00
10% ≤ URQ < 20%	0,10
20% ≤ URQ < 25%	0,20
25% ≤ URQ < 30%	0,30
30% ≤ URQ < 35%	0,40
35% ≤ URQ < 40%	0,50
40% ≤ URQ < 45%	0,60
45% ≤ URQ < 50%	0,70
50% ≤ URQ < 55%	0,80
55% ≤ URQ < 60%	0,90
URQ ≥ 60,0 %	1,00

Ações esperadas para causar impacto positivo no indicador

Aumento do número de prestadores hospitalares com atributos de qualidade na rede assistencial operadora.

Limitações e Vieses

Dificuldade de atualização dos atributos de qualidade, podendo gerar inconsistências entre a rede informada à ANS e a efetivamente oferecida aos beneficiários.

Referências

Resolução Normativa - RN nº 405, de 10 de maio de 2016, e seus anexos.

2.10 Frequência de Utilização de Rede de SADT e Consultórios com Atributo de Qualidade

Conceito

Mostra a proporção de utilização de rede de serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento (SADT) e consultórios com Atributo de Qualidade pelos beneficiários da operadora, conforme o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, nos termos da Resolução Normativa 405/2016, conferido por Entidades Acreditadoras ou Entidades Colaboradoras, comparativamente ao total de beneficiários da operadora, sendo:

ENTIDADES ACREDITADORAS: pessoas jurídicas reconhecidas como tal pela RN 405/2016. 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.

ENTIDADES COLABORADORAS: pessoas jurídicas homologadas pela ANS com base na RN 405/2016 para aplicação do Programa de Monitoramento de Indicadores da Qualidade de Prestadores de Serviços de Saúde – PM QUALISS.

Método de Cálculo

$$URQ = \left[\frac{UT}{(UT + UNQ)} \right] * PP$$

Onde,

$$PP = \frac{(TP_1 + TP_2)}{[(P_1 + P_2) * n]}$$

$$TP_1 = \sum_{i=1}^n P_{1i}$$

$$TP_2 = \sum_{i=1}^n P_{2i}$$

$$UT = \sum_{i=1}^n [(U_i * A_i) + (U_i * PQ_i)]$$

$$UNQ = \sum_{i=1}^n PNQ_i \quad , \text{ se } A_i = 0 \text{ e } PQ_i = 0, PNQ_i = U_i, \text{ senão } PNQ = 0$$

Sendo:

U= Utilização por prestador

n = Quantidade de prestadores

A= Acreditação em 31 de dezembro; se sim, A = 3, se não, A = 0

PQ= Qualiss (PM-Qualiss) em 31 de dezembro; se sim, PQ = 2, se não, PQ = 0

UT= Utilização ponderada pelos atributos de qualidade

UNQ= Utilização não qualificada

URQ= Utilização de rede qualificada

PP= Ponderação dos pesos

p₁= 3

p₂= 2

P = Peso (p) obtido pelo prestador i, 1 ≤ i ≤ n

TP = Total de pesos

Fontes de dados

Numerador

- TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)
- QUALISS – prestador com atributo de qualidade.

Denominador

- TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)
- QUALISS – prestador com atributo de qualidade.

Interpretação do Indicador

Permite avaliar frequência com que os beneficiários são atendidos em serviços de SADT e consultórios que possuem pelo menos 1 (um) atributo de qualidade 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 assistência oferecida aos beneficiários.

Usos

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

Meta

A meta é atingir a mediana da frequência de atendimentos em serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, ou profissionais de saúde, ou pessoas jurídicas que prestem serviços em consultórios isolados, com atributo de qualidade no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS.

Pontuação

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

Ações esperadas para causar impacto positivo no indicador

Aumento do número de serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e consultórios com atributos de qualidade na rede assistencial operadora.

Limitações e Vieses

Dificuldade de atualização dos atributos de qualidade, podendo gerar inconsistências entre a rede informada à ANS e a efetivamente oferecida aos beneficiários.

Referências

Resolução Normativa - RN nº 405, de 10 de maio de 2016, e seus anexos.

3. INDICADORES DA DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE NO MERCADO – IDSM

3.1. Taxa de Fiscalização

Conceituação

Delimitação de faixas para a classificação das operadoras conforme o seu desempenho, baseada no número de demandas Assistenciais e Não Assistenciais não resolvidas e com Reparação Voluntária Eficaz (RVE) eficaz processadas no procedimento de Intermediação Preliminar – NIP durante o ano base de análise.

Método de Cálculo

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

onde

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

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

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

RVE^{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 total de demandas assistências e não assistenciais não resolvidas e RVE ponderada pelo seu respectivo peso.
- **Denominador:** É média de beneficiários da operadora que estava em risco nos doze meses de análise do indicador multiplicada por 2.

Demandas Assistenciais não resolvidas

Demandas de natureza 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 assistencial de seus beneficiários, implicando assim, na falência dos esforços mediadores do dispositivo, recebendo ponderação 1,0 (um).

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 0,5 (zero vírgula cinco).

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

Demandas de natureza assistencial e não assistencial objeto de análise fiscalizatória com reparação voluntária e eficaz dos danos eventualmente causados e no cumprimento útil da obrigação. Esta dimensão reflete a efetividade do dispositivo (componente positivo), bem como práticas de mecanismo de regulação, quando utilizada em demasia (componente negativo), recebendo ponderação 0,25 (zero vírgula vinte e cinco).

Taxa (Tx)

É a taxa estimada para cada operadora, por meio do número de demandas assistenciais ou não assistenciais, ponderada pelo seu respectivo peso, para cada 10.000 beneficiários.

Usos do Indicador

Permitem 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.

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 (Pa), 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 $\leq P_{35} = 1$ ponto |
| II – faixa 2: operadoras em que a: $P_{35} < \text{taxa} \leq P_{70} = 0,65$ ponto |
| III – faixa 3: operadoras em que a: $P_{70} < \text{taxa} \leq P_{90} = 0,35$ ponto |
| IV - Faixa 4: Operadoras em que a: taxa $> P_{90} = 0$ 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 388, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias.

3.2. 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:
 - **Núcleo:** Demandas encaminhadas para abertura de processo administrativo sancionador.
 - **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.
 - **INATIVA** - Resolvida ou sem resposta do consumidor no prazo de 10 dias.*
 - **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.

3.3. 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

3.4. 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

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

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

Resultado de I_{LC} obtido pela operadora	Pontuação
IDF < 0,5	0
0,5 <= IDF < 1	IDF
IDF >= 1	1

Fonte

DIOPS

4. INDICADORES DE 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

Número de Beneficiários ativos no cadastro de beneficiários da operadora na ANS “validados”, com planos identificados e com CNS válido + Número de Beneficiários dependentes menores ativos no cadastro de beneficiários da operadora na ANS “identificados”, com planos identificados e com CNS válido.

_____ x 100

Total de beneficiários ativos da Operadora no Sistema de Informações de Beneficiários

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:

Beneficiários ativos da operadora no Cadastro de Beneficiários na ANS

Todos os beneficiários da operadora existentes no Cadastro de Beneficiários na ANS 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 (Titulares e Dependentes, maiores e menores) validado

Considera-se beneficiário ativo validado quando, em confronto com a base da Receita Federal, é verificada uma das situações abaixo:

- 1- O CPF, o nome completo e a data de nascimento são idênticos.
- 2- O CPF, o primeiro nome e o último nome e a data nascimento são idênticos.
- 3- O CPF, o primeiro nome, o nome do meio e a data de nascimento são idênticos.
- 4- O CPF e data de nascimento são idênticos aos preenchidos na base da Receita Federal e o primeiro e o último nome do beneficiário são iguais ao primeiro nome e nome do meio; ou o primeiro nome e nome do meio são iguais ao primeiro e último nome do beneficiário.

Beneficiário dependente menor identificado (quando da ausência de CPF):

Considera-se beneficiário dependente menor identificado quando o registro está preenchido com todos os campos abaixo:

- 1- Código de identificação do beneficiário.
- 2- Nome do beneficiário
- 3- Data de nascimento.
- 4- Código do beneficiário titular.
- 5- Nome da mãe.
- 6- Código do sexo igual a 1 (masculino) ou igual a 3 (feminino).
- 7- Cartão Nacional de Saúde.

Planos identificados

Campo "PLANO (RPS)" ou Campo "PLANO (SCPA)" do beneficiário no cadastro de beneficiários da operadora na ANS preenchido com o número do plano que consta na tabela de registro de planos vinculada à operadora.

CNS válido

Campo "CNS" do beneficiário no cadastro de beneficiários da operadora na ANS preenchido com o CNS do próprio beneficiário; caracteres numéricos, com 15 posições, observando-se que os zeros não significativos fazem parte do CNS; e validado pelo dígito verificador correspondente.

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 a 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
$0 < \text{Resultado} < 100\%$	$0 < V < 1$
Resultado = 100%	1

$V = \text{Resultado}/100$

Bônus na pontuação

Será acrescentado à pontuação obtida pela Operadora no Indicador Percentual de Qualidade Cadastral, 0,05 ponto quando o percentual de Beneficiários Menores Validados no Cadastro de Beneficiários da Operadora na ANS encontrar-se entre 80% e 90% (incluindo-se esses limites percentuais); e 0,1 ponto quando o percentual de Beneficiários Menores Validados no Cadastro de Beneficiários da Operadora na ANS encontrar-se acima de 90%.

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.

Dados Inconsistentes

O Indicador Percentual de Qualidade Cadastral não será calculado caso a Operadora possua dados inconsistentes da seguinte ordem: Cadastro de Beneficiários que apresente mais de 5% de CPF repetidos e/ou CNS repetidos.

- **Número de CPF repetidos:** Refere-se ao total números de CPF com uma ou mais repetições vinculadas a um mesmo plano, exceto os registros que possuem CPF, nome completo e data de nascimento idênticos aos da base de dados da Receita Federal. Considera-se repetição quando um número de CPF aparece mais de uma vez vinculado a um mesmo plano.
- **Número de CNS repetidos:** Refere-se ao total de números de CNS, de registros ativos, com três ou mais repetições na base de registros ativos da Operadora, exceto os registros que possuem CPF, nome completo e data de nascimento idênticos aos da base de dados da Receita Federal. Considera-se repetição quando um número de CNS aparece mais três vezes na base de registros ativos da Operadora.

Cálculo dos dados

Os dados considerados para o cálculo são referentes à competência de março do ano do processamento (2017). Esta é a última competência atualizada do SIB no momento do congelamento das tabelas, em 30/04.

Referências

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa (RN) nº 295, de 09 de maio de 2012.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa (IN) nº 46 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%	$V (> 0 \text{ e } < 1)$
Resultado = 100%	1

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

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 subnumeração 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 Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS)

Conceito

Relação entre o total do Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde do Padrão TISS enviados pela operadora de plano privado de saúde à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e o valor total em Reais dos Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados de Assistência à Saúde, exceto as despesas com o Sistema Único de Saúde – SUS e Recuperações, informado no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS, no período considerado.

Método de cálculo

Total do Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde
Total do valor em Reais da despesa assistencial

Definição de termos utilizados no indicador

Total do valor informado em Reais dos eventos de atenção à saúde – corresponde ao somatório do conteúdo do campo 050 “Valor informado da guia” da Legenda da Mensagem eletrônica de Envio de Dados para ANS (operadoraParaANS) do Componente de Conteúdo do Padrão TISS vigente de cada guia informada pela operadora incorporada ao banco de dados da ANS no período selecionado.

Total do valor em Reais da despesa assistencial – corresponde ao valor total dos Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados de Assistência à Saúde informado no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS, exceto as despesas com o Sistema Único de Saúde – SUS e Recuperações. As contas consideradas para comparação com os valores informados no TISS são: 411121X11; 411121X12; 411121X21; 411121X22; 411121X31; 411121X32; 411121X41; 411121X42; 411121X51; 411121X52; 411121X61; 411121X62; 411122X11; 411122X12; 411122X21; 411122X22; 411122X31; 411122X32; 411122X41; 411122X42; 411122X51; 411122X52; 411122X61; 411122X62, onde “X” varia de zero a nove em cada uma das contas.

Interpretação do indicador

Permite medir a completude e inferir a qualidade do envio de dados do Padrão TISS da operadora para a ANS. A completude do envio de dados incorporados é medida através da razão entre o total do Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde enviados pela operadora à ANS, incorporados ao seu Banco de Dados, e o valor total em Reais dos Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados de Assistência à Saúde, exceto as despesas com o Sistema Único de Saúde – SUS e Recuperações, informado no DIOPS/ANS. Quanto mais próximos esses valores estiverem entre si, mais próxima de 1 (um) estará a razão entre eles portanto, mais próximos da completude estarão os dados da operadora incorporados ao Banco de Dados da ANS.

Uso

Monitorar a completude do envio de dados do Padrão TISS pela operadora à ANS, em relação aos dados de Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados de Assistência à Saúde, exceto as despesas com o SUS e recuperações, informados por ela no DIOPS.

Parâmetro

Os normativos estabelecidos pela ANS dispõem que todos os dados dos eventos de atenção à saúde prestados em beneficiários de planos privados de assistência à saúde sejam enviados à ANS pelas operadoras, nas definições do Padrão TISS e do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde - DIOPS.

Meta

As operadoras que atingirem como resultado do indicador **RAZÃO DE COMPLETUDE DO ENVIO DOS DADOS DO PADRÃO TISS** a meta de 90% (**Razão TISS => 0,90 <= 1**) farão jus à pontuação bônus atribuída ao Índice da Dimensão Gestão de Processos e Regulação - IDGR no ano base de 2016.

Pontuação

As operadoras que atingirem a meta terão um bônus de 10% sobre o Índice da Dimensão Gestão de Processos e Regulação - IDGR, até o seu limite máximo, onde:

$$\mathbf{IDGR = IDGR + (IDGR \times 0,10)}$$

Fonte de dados

Numerador: ANS/Sistema TISS.

Denominador: Cadastro de Operadoras (CADOP/ANS) e; Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS.

Ações esperadas para causar impacto no indicador

- Monitoramento pelas operadoras quanto a completude e qualidade dos dados enviados para os sistemas DIOPS e Padrão TISS.
- Uso de informações da saúde suplementar nas iniciativas de avaliação e monitoramento do desempenho e desenvolvimento do setor para regulação.
- Integração dos sistemas de informação do setor da saúde suplementar.

Limitações e vieses

- Interpretação equivocada da operadora ao classificar as contas dos Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados de Assistência à Saúde informadas no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS.
- O Cálculo do indicador não é aplicável ao grupo de operadoras da modalidade de Autogestão que operam por meio de seu departamento de Recursos Humanos, uma vez que não têm a obrigação do envio da parte econômico financeira do DIOPS anualmente, como estabelece o parágrafo segundo do artigo terceiro da Resolução Normativa nº 173 de 11 de julho de 2008:

§ 2º As autogestões que operam por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, após o primeiro envio, somente devem enviar o DIOPS/ANS versão XML quando houver alteração cadastral, na forma do que dispõe o § 1º deste artigo.

ERRATA:

Onde se lê:

Total do valor em Reais da despesa assistencial – corresponde ao valor total dos Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados de Assistência à Saúde informado no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS, exceto as despesas com o Sistema Único de Saúde – SUS e Recuperações. As contas consideradas para comparação com os valores informados no TISS são: 411121X11; 411121X12; 411121X21; 411121X22; 411121X31; 411121X32; 411121X41; 411121X42; 411121X51; 411121X52; 411121X61; 411121X62; 411122X11; 411122X12; 411122X21; 411122X22; 411122X31; 411122X32; 411122X41; 411122X42; 411122X51; 411122X52; 411122X61; 411122X62, onde “X” varia de zero a nove em cada uma das contas.

e

Fonte de dados

Numerador: ANS/Sistema TISS.

Denominador: Cadastro de Operadoras (CADOP/ANS) e; Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS.

Leia-se:

Total do valor em Reais da despesa assistencial – corresponde ao valor total dos EVENTOS/ SINISTROS CONHECIDOS OU AVISADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE informado no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS, exceto as despesas com o Sistema Único de Saúde – SUS e Recuperações. As contas consideradas para comparação com os valores informados no TISS são: 411111011; 411111012; 411111021; 411111022; 411111031; 411111032; 411111041; 411111042; 411111051; 411111052; 41111061; 411111062; 411112011; 411112012; 411112021; 411112022; 411112031; 411112032; 411112041; 411112042; 411112051; 411112052; 411112061; 411112062;

e

Fonte de dados

Numerador: ANS/Sistema TISS.

Denominador: Cadastro de Operadoras (CADOP/ANS); Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS e; Anexo PLANO DE CONTAS – RECEITAS E DESPESAS 2015 (REVISADO 22.09.15) da Resolução Normativa nº 390 de 27 de fevereiro de 2012.

4.5 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:

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

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.