

Ficha Técnica

INDICADORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS 2019 (ANO-BASE 2018)

Outubro/2018
Gerência Executiva de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial
GEEIQ/DIDES/ANS

ANEXO II

FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS 2019 ANO-BASE 2018

SUMÁRIO

Programa de Operadora Acreditada (PONTUAÇÃO BASE DE 0,30 A 0,15).....	4
1. INDICADORES DA DIMENSÃO QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE –IDQS . 7	
1.1. Proporção de Parto Cesáreo (PESO 3)	7
1.2. Taxa de Consultas de Pré-Natal (PESO 2)	17
1.3. Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos (PESO 2).....	23
1.4. Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 Anos (PESO 2)	31
1.5. Taxa de Citopatologia Cérvico - Vaginal Oncótica (PESO 2)	37
1.6. Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada (PESO 3)	49
1.7. Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Cárie (PESO 2)	58
1.8. Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Periodontia (PESO 2)	67
1.9. Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos - (PESO 3).....	76
1.10. Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (PONTUAÇÃO BASE de 0,10).....	84
1.11. Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS (PONTUAÇÃO BASE de até 0,30)	87
2 INDICADORES DA DIMENSÃO GARANTIA DE ACESSO – IDGA.....	92
2.1. Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário (PESO 1)	92
2.2. Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos (PESO 2)	105
2.3. Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas (PESO 1).....	112
2.4. Taxa de Primeira Consulta ao Dentista no ano por Beneficiário (PESO 1)	123
2.5. Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica (PESO 1)	133

2.6	Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Atributo de Qualidade (PESO 1)	144
2.7	Frequência de Utilização de Rede de SADT com Atributo de Qualidade (PESO 1)	149
2.8	Índice de efetiva comercialização de planos individuais (BÔNUS até 10%)	154
3	INDICADORES DA DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE NO MERCADO – IDSM... ..	160
3.1	Índice de Recursos Próprios (PESO 3)	160
3.2	Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar (PESO 2)	164
3.3	Índice Geral de Reclamação (IGR) – (PESO 1).....	168
3.4	Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos – (PESO 1)	172
3.5	Pesquisa de Satisfação de Beneficiário (PONTUAÇÃO BASE 0,25).....	176
3.6	Autorização prévia anual para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários (Bônus 10%)	182
3.7	Índice de Reajuste Médio Ponderado aplicado aos Planos Coletivos (PESO 0)	184
4	INDICADORES DE GESTÃO DE PROCESSOS E REGULAÇÃO – IDGR.....	189
4.1	Índice composto de Qualidade Cadastral (SIB) (PESO 2)	189
4.2	Taxa de utilização do SUS (PESO 1).....	195
4.3	Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS) (PESO 2)	204
4.4	Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde (PESO 1)	209
4.5	Proporção de Diagnósticos Inespecíficos nos Eventos de Internação Preenchidos nas Guias TISS (BÔNUS 10%).....	215

Programa de Operadora Acreditada (PONTUAÇÃO BASE DE 0,30 A 0,15)

Nomenclatura Simplificada

Selo de Qualidade

Conceito

Operadora Acreditada pelo Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde no ano considerado.

Método de cálculo

$$(PONTUAÇÃO\ BASE + IDSS) \leq 1$$

Onde Pontuação–Base dependerá do nível de acreditação obtida pela Operadora:

- **0,30** : Para Operadoras Nível I
- **0,23**: Para Operadoras Nível II
- **0,15** : Para Operadoras Nível III

Observação: O resultado final do IDSS acrescido da pontuação base não poderá ultrapassar o valor 1 (um)

Para ser elegível a esta pontuação, a Operadora tem que ter sido acreditada e ter certificado emitido por entidade acreditadora com data de início de vigência até o último dia útil do ano-base analisado. Além disso, a Operadora deverá ter a sua acreditação homologada e vigente na ANS na data de corte do IDSS para o ano-base avaliado.

Definição de termos utilizados no Indicador

Pontuação Base - O valor fixo atribuído inicialmente a uma dimensão ou ao IDSS se atendida determinada condição por uma operadora.

Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde: Processo voluntário de avaliação da adequação e eficiência dos serviços disponibilizados pelas operadoras, realizado por entidades acreditadoras de acordo com os requisitos estabelecidos pela norma do Programa de Acreditação Operadoras.

Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS): Média ponderada das notas das dimensões do Programa de Qualificação de Operadoras (PQO).

Meta

Estimular que paulatinamente 100% das operadoras sejam acreditadas em qualquer nível.

Interpretação

Valoriza os processos de gestão da operadora que possui a certidão de acreditação.

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, ou aumentarem seu Nível de Acreditação.

Fonte de dados

- Portal da ANS

Limitação e vieses

A RN 277/2011 não permite que operadoras da segmentação odontológica recebam a pontuação mínima para acreditação. Somente com a mudança na norma será possível a acreditação para as operadoras odontológicas.

Ações esperadas

Incentivar que as operadoras passem a aderir ao Programa de Acreditação, que é um processo de avaliação da sua adequação e eficiência dos serviços disponibilizados.

Referências

BRASIL/ANS. Resolução Normativa - RN nº 277, de 4 de Novembro de 2011, institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

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

1.1. Proporção de Parto Cesáreo (PESO 3)

Nomenclatura Simplificada

Estímulo ao Parto Normal

Conceito

Percentual de partos cesáreos realizados pela operadora nas beneficiárias no período considerado.

Método de Cálculo

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

Observação: será observado também a redução da proporção de parto cesário do ano-base em relação ao ano anterior:

Redução = $((P_{ano-1} - P_{ano}) / P_{ano-1}) \times 100$, sendo P_{ano} = Proporção de parto cesáreo no ano-base

Este indicador não se aplica às operadoras com um total de menos de 100 partos no período não tendo assim o indicador calculado.

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.

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 (1996), 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 obstétrico 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, destaca-se elevados 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, no Brasil 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, conforme tabela I a seguir, são cerca de três milhões de nascimentos por ano, 55,6% via cesariana (BRASIL - 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 (BRASIL - 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 ou uma redução gradual anual entre 5 a 10% das taxas de cesarianas compradas ao ano anterior.

Meta

A meta para que se atinja a pontuação máxima é uma redução maior ou igual que 10% na proporção de partos cesáreos em relação ao ano-base anterior ou atingir um resultado igual ou inferior a 45% de partos cesáreos, independentemente da redução alcançada.

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Redução $\leq 5\%$ e proporção de parto cesáreo $\geq 80\%$	0
$5\% < \text{Redução} < 10\%$ ou $45\% < \text{proporção de parto cesáreo} < 80\%$	$0 < V < 1$
Redução $\geq 10\%$ ou proporção de parto cesáreo $\leq 45\%$	1

$$V_{\text{redução}} = ((5\% < \text{Redução} < 10\%) - 5) / 5$$

$$V_{\text{proporção}} = 1 - [((45\% < \text{Redução} < 80\%) - 45) / 35]$$

A pontuação será sempre a maior nota entre Redução e Proporção.

Observação: caso a operadora não tenha tido a proporção de partos cesáreos calculada no ano-base anterior, ($V_{\text{redução}}$) não será considerado na pontuação.

Fonte de dados

TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)

Observação: Conforme estabelecido na IN nº 68, de 11 de maio de 2017, que alterou a IN nº 60, de 09 de outubro de 2015, caso a operadora apresente Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado será aplicada a pontuação zero ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados.

Numerador: Códigos TUSS nos eventos de internação: 31309054 (Cesariana)+ 31309208(Cesariana com histerectomia)

Denominador: Códigos TUSS nos eventos de internação: 31309127 (Parto via vaginal) + 31309054 (Cesariana)+ 31309208 (Cesariana com histerectomia)

Ações esperadas

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 de acordo com indicações clínicas 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 clínicas 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. 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 – SINASC. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sinasc-sistema-de-informacoes-de-nascidos-vivos>. Acesso em 2013.

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. Nacer no Brasil. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro - vol 30, Suplemento, 2014.

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

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

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

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

1.2. Taxa de Consultas de Pré-Natal (PESO 2)

Nomenclatura Simplificada

Atenção ao Pré-Natal

Conceito

Número de consultas de pré-natal realizados pela operadora nas beneficiárias grávidas no período considerado.

Método de Cálculo

Número de consultas de pré-natal com ginecologista/obstetra realizadas pela operadora nas beneficiárias, univocamente identificadas, grávidas no ano-base e no ano anterior (até 42 semanas antes do parto)

Total de partos em beneficiárias no ano-base, univocamente identificadas, em planos que contenham segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia no ano-base

Além das consultas registradas na TISS com o código de consulta de pré-natal, também serão consideradas para fins de cálculos deste indicador, as consultas registradas na TISS com o código de ginecologista/obstetra no período pré-natal.

Definição de termos utilizados no indicador

Parto - Procedimento no qual o conceito nasce, por via vaginal ou por procedimento cirúrgico no qual o conceito é extraído mediante incisão das paredes abdominal e uterina.

Consulta pré-natal - Consultas de Ginecologia e Obstetrícia realizadas por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, em gestantes com fins de orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico da gravidez.

Beneficiárias univocamente identificadas – Por meio do Cartão Nacional de Saúde – CNS é possível identificar cada beneficiária de forma unívoca. A identificação da beneficiária objetiva contar a quantidade de consulta realizadas pela grávida usando o CNS.

Grávidas no ano-base e no ano anterior – Para identificar as grávidas no ano-base e no ano anterior (até 42 semanas antes do parto), serão considerados os partos em beneficiárias, univocamente identificadas, em planos que contenham segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia no ano-base.

Interpretação do Indicador

Permite estimar a cobertura do atendimento pré-natal de gestantes em relação ao total de partos realizados no período analisado.

Indica situações que demandam ações e estudos específicos pelas operadoras.

Contribui para avaliar a qualidade da assistência pré-natal em associação com outros indicadores como a proporção de parto cesáreo.

Busca avaliar o acesso e a qualidade do cuidado obstétrico na Saúde Suplementar.

Usos

Avaliar a evolução da realização das consultas de pré-natal, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de atenção à gestante.

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

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

A ficha técnica do indicador: "Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, por local de residência da mãe", do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS considera que o parâmetro de 90% das mães com sete ou mais consultas de pré-natal representa uma meta a ser alcançada (BRASIL, 2017).

As fichas técnicas do IDSUS apontam que 57,60% das mães dos nascidos vivos realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal no triênio 2007-2009 (BRASIL-IDSUS, 2013). A Região Sul apresentou a maior cobertura tendo atingido 73,18% das mães de nascidos vivos com 7 consultas ou mais.

Ademais, estudo realizado no Estado de São Paulo, demonstra que o risco relativo de desfecho da gestação ser de recém nascido com baixo peso e/ou pré termo foi

maior nas mães com 0 a 3 consultas e nas mães com 4 a 6 consultas, em relação ao padrão de 7 ou mais consultas de pré-natal (KILSZTAJN e col, 2003).

Meta

A meta é atingir pelo menos 7 (sete) consultas de pré-natal durante a gestação de risco habitual ou alto risco.

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado ≤ 2	0
$2 < \text{Resultado} < 7$	$0 < V < 1$
Resultado ≥ 7	1

$$V = ((2 < \text{Resultado} < 7) - 2) / 5$$

Fonte de Dados

TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)

Observação:

1 - A operadora deverá observar o correto preenchimento do CNS-Cartão Nacional de Saúde e do CBO-Classificação Brasileira de Ocupação nas guias de consultas e SP/SADT.

2 - Conforme estabelecido na IN nº 68, de 11 de maio de 2017, que alterou a IN nº 60, de 09 de outubro de 2015, caso a operadora apresente Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado será aplicada a pontuação zero ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados.

Numerador: [Tipo de Consulta = 3 (pré-natal) nas guias de consulta ou de SP/SADT (não vinculadas a evento de internação)]+ [Atendimento ambulatorial código TUSS 10101012 (Consulta em consultório no horário normal ou preestabelecido) com CBO 225250 (Médico ginecologista e obstetra)], realizadas nas 42 semanas antes do parto.

Denominador: Códigos TUSS nos eventos de internação: 31309127 (Parto via vaginal) + 31309054 (Cesariana)+ 31309208 (Cesariana com histerectomia)

Ações Esperadas

Incentivar o acompanhamento pré-natal a fim de reduzir desfechos como prematuridade, baixo peso e mortalidade materna.

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.

Limitações e Vieses

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.

O número de consultas de pré natal não necessariamente implica em qualidade da assistência pré-natal.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde - IDSUS. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html>. Acesso em 2017.

KILSZTAJN. S. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. Rev Saúde Pública, 37(3):303-10; 2003. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp.

1.3 Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos (PESO 2)

Nomenclatura Simplificada

Fratura em idosos

Conceito

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

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Número de internações hospitalares por fratura de fêmur em beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais.}}{\text{Média de beneficiários em planos que contenham segmentação hospitalar com 60 anos ou mais de idade}} \times 1000$$

Obs.: Poderão ser aplicados ao cálculo do indicador os métodos de padronização direta por Faixa Etária e Sexo; e Bayes Empírico.

Definição de termos utilizados no Indicador:

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

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 a 74 anos	1,6	2,5
Entre 75 a 84 anos	4,5	8,8
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 2011 a 2015, elevou-se de 1,85 para 1,96 por 1000. Esse valor variou conforme o sexo (1,40 para homens e 2,41 por 1000 para mulheres, em 2015) e regiões do Brasil (maior na região Sul – 2,35, seguida da região Sudeste – 2,12, Centro-Oeste – 1,90, Nordeste – 1,50 e Norte – 1,48 por 1000, em 2015).

No setor de saúde suplementar brasileiro, de acordo com o Programa de Qualificação de Operadoras para os anos de 2012 a 2015, as medianas do setor para o indicador 'Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos' foram (BRASIL/ANS, 2012-2015):

Mediana da taxa de internação por fratura de fêmur em idosos – anos 2012 a 2015 por 1000					
Porte da Operadora	2012	2013	2014	2015	Média
Operadoras de Pequeno Porte	1,89	1,92	1,79	1,90	1,88
Operadoras de Médio Porte	2,39	2,04	2,30	2,20	2,23
Operadoras de Grande Porte	2,47	2,16	2,34	2,31	2,32

Fonte: Programa de Qualificação de Operadoras, 2012-2015, Brasil ANS.

Nota: A taxa calculada para o setor só passou a considerar a diferenciação por porte da operadora a partir de 2012.

Meta

A meta é atingir um valor menor ou igual a 2,26 para as operadoras de pequeno porte, 2,68 para as operadoras de médio porte e 2,78, para as operadoras de grande porte, no período considerado (adição de 20% da média da taxa para o período 2012-2015 – possibilitando que, mesmo as operadoras que estão com resultados 20% acima da média das medianas apuradas para o período de 2012 a 2015, possam receber nota máxima no indicador).

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado $\geq 6,02$ (Pequeno Porte) Resultado $\geq 7,14$ (Médio Porte) Resultado $\geq 7,42$ (Grande Porte)	0
$2,26 < \text{Resultado} < 6,02$ (Pequeno Porte) $2,68 < \text{Resultado} < 7,14$ (Médio Porte) $2,78 < \text{Resultado} < 7,42$ (Grande Porte)	$1 - \left(\frac{\text{Resultado} - 2,26}{3,76} \right)$ - Pequeno Porte $1 - \left(\frac{\text{Resultado} - 2,68}{4,46} \right)$ - Médio Porte $1 - \left(\frac{\text{Resultado} - 2,78}{4,64} \right)$ - Grande Porte
Resultado $\leq 2,26$ (Pequeno Porte) Resultado $\leq 2,68$ (Médio Porte) Resultado $\leq 2,78$ (Grande Porte)	1

Fonte de Dados

TISS e SIB

Observação: Conforme estabelecido na IN nº 68, de 11 de maio de 2017, que alterou a IN nº 60, de 09 de outubro de 2015, caso a operadora apresente Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado será aplicada a pontuação zero ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados.

Numerador: Somar a quantidade de procedimentos com os códigos TUSS listados na tabela a seguir, nos eventos de internação para beneficiários de 60 anos ou mais na data do procedimento.

30725127	Fraturas de fêmur - tratamento cirúrgico
30725135	Fraturas, pseudartroses, correção de deformidades e alongamentos com fixador externo dinâmico - tratamento cirúrgico
30725160	Tratamento cirúrgico de fraturas com fixador externo - coxa/fêmur
30725100	Fratura de fêmur - tratamento conservador com gesso
30725119	Fraturas de fêmur - redução incruenta

30725194	Fratura de extremidade superior do fêmur ou cavidade cotilóide - tratamento conservador com gesso
30724171	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral – redução incruenta
30724180	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral – tratamento cirúrgico
30725062	Descolamento epifisário (traumático ou não) – redução incruenta
30725070	Descolamento epifisário (traumático ou não) – tratamento cirúrgico
30725097	Epifisiodesse (por segmento) - tratamento cirúrgico

Denominador: Média anual de beneficiários com 60 anos ou mais de idade que possuam plano com a segmentação hospitalar - Sistema de Informação de Beneficiários (SIB)

Ações esperadas

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. Para minimizar as diferenças de gênero e faixa etária são aplicadas padronizações estatísticas para gênero e faixa etária.

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, 2011-2015.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. 2015. Disponível em: <http://sisapidoso.icict.fiocruz.br/matriz-de-politicas>. Acesso em 08/11/2016.

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 em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000200004>. Acesso em 08/11/2016.

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.

1.4 Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 Anos (PESO 2)

Nomenclatura Simplificada

Cuidado Integral da Criança até os 4 anos

Conceito

Número total de consultas ambulatoriais para o cuidado integral da criança por beneficiários de até 4 anos no período considerado.

Método de Cálculo

Número de consultas ambulatoriais com pediatra para beneficiários com idade menor que 1 ano	+	Número de consultas ambulatoriais com pediatra para beneficiários com idade entre 1 e 4 anos
8 x (Média de beneficiários com idade até 1 ano em planos que contenham a segmentação ambulatorial, no período considerado)	+	2,7 x (Média de beneficiários com idade entre 1 e 4 anos em planos que contenham a segmentação ambulatorial, no período considerado)

Definição de termos utilizados no Indicador

Número total de consultas ambulatoriais para o cuidado integral da criança- Para fins do PQO, serão consideradas consultas com as especialidades Pediatria e Família e Comunidade para a realização do cuidado integral da criança até 04 anos de idade.

Número de Consultas ambulatoriais com pediatra- Atendimentos prestados em regime ambulatorial por profissional com Título de Especialista e/ou Certificado de Residência Médica em Pediatria, regularmente registrado pelo

Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico de crianças e adolescentes.

Número de Consultas ambulatoriais em Medicina de Família e Comunidade- Consultas na especialidade médica voltada para a provisão contínua e integrada de cuidados primários de saúde para toda a família.

Interpretação do Indicador

Permite estimar a cobertura de consultas ambulatoriais com pediatra em relação a média de beneficiários, no período analisado, com idade igual ou inferior a 4 anos.

Aponta situações de dificuldade de acesso aos serviços de atenção básica para crianças até 4 anos de idade.

Usos

Avaliar a evolução da realização das consultas ambulatoriais com pediatra, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de atenção básica por crianças até os 4 anos de idade.

Identificar possíveis variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços de saúde de crianças até os 4 anos de idade, no setor suplementar.

Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pela operadora para crianças até os 4 anos de idade.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (BRASIL/ANS, 2016) estabelece como diretriz clínica 8 consultas com pediatra na faixa etária de 0 a 1 ano, 8 consultas na faixa de 1 a 4 anos.

Faixa Etária	Consultas recomendadas no período	Média de consultas recomendadas por ano
Até 1 ano	8	8
1 a 4 anos	8	2,7

Fonte: Rol/ANS 2016 – Anexo III – Diretrizes Clínicas

Meta

Apresentar uma produção igual ou superior a 8 consultas no primeiro ano de vida e 2,7 consultas por ano para crianças com idade entre 1 e 4 anos.

Pontuação:

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado $\leq 0,10$	0
$0,1 < \text{Resultado} < 0,95$	$0 < V < 1$
Resultado $\geq 0,95$	1

$$V = ((0,1 < \text{Resultado} < 0,95) - 0,1) / 0,85$$

Fonte de dados

TISS e SIB

Observação: Conforme estabelecido na IN nº 68, de 11 de maio de 2017, que alterou a IN nº 60, de 09 de outubro de 2015, caso a operadora apresente Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado será aplicada a pontuação zero ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados.

Numerador: Códigos TISS nas guias de consulta ou de SP/SADT (não vinculadas a evento de internação) 10101012 (Consulta em consultório no horário normal ou preestabelecido) ou 10106146 (Atendimento ambulatorial em puericultura), para beneficiários com idade: menor que 1 ano; e entre 1 e 4 anos (inclusive); na data de realização do atendimento, com CBO igual a 225124 (Médico pediatra) e 225130 (Médico de família e comunidade).

Denominador: Média anual de beneficiários com idade menor que 1 ano e com idade entre 1 e 4 anos (inclusive), que possuam plano com a segmentação ambulatorial - Sistema de Informação de Beneficiários (SIB).

Ações esperadas

Incentivar ações primárias de atenção à saúde da criança, por meio da garantia de acesso da população infantil aos pediatras em consultórios e outras unidades básicas de saúde.

Facilitar o acesso aos pediatras da rede prestadora, tanto em termos de oferta de horários flexíveis para as consultas, quanto da distância entre o consultório do pediatra e a residência das famílias beneficiárias.

Promover ações voltadas à conscientização dos pais sobre a importância da busca do pediatra para acompanhamento contínuo da saúde da criança.

Limitações e Vieses

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 aos beneficiários nessa faixa etária por uma determinada operadora.

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

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual Instrutivo – Anexo, Ficha de Qualificação dos Indicadores. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2016 - Anexo III, Diretrizes Clínicas. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/rol/rol2016_diretrizes_clinicas.pdf. Acesso: 11jan2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sistema de Informação de Beneficiários (SIB). 2016.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Calendário de Puericultura. Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/CalendarioPuericultura_Jan2014.pdf. Acesso: 11jan2016.

1.5 Taxa de Citopatologia Cérvico - Vaginal Oncótica (PESO 2)

Nomenclatura Simplificada

Preventivo de Câncer de Colo do Útero

Conceito

Número total de procedimentos diagnósticos em citopatologia cérvico-vaginal oncótica realizado no período considerado para cada 100 beneficiárias da operadora na faixa etária de 25 a 64 anos.

Método de cálculo

Número total do primeiro procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncótica realizado no período considerado em beneficiárias univocamente identificadas de 25 a 64 anos	x 100
Média de beneficiárias em planos que contenham segmentação ambulatorial na faixa etária de 25 a 64 anos	

Definição de termos utilizados no indicador

Procedimentos diagnósticos em citopatologia cérvico-vaginal oncótica -

É o exame colpocitopatológico de esfregaço de material do colo uterino para a identificação de células atípicas.

Beneficiárias univocamente identificadas -

Por meio do Cartão Nacional de Saúde - CNS é possível identificar cada beneficiário de forma unívoca. A identificação da beneficiária objetiva marcar o primeiro procedimento do ano

usando o CNS para não haver repetição, e só utilizar no cômputo do indicador os exames de rastreamento.

Interpretação do indicador

Permite estimar a cobertura do procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncótica para mulheres entre 25 a 64 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 64 anos de idade.

Contribuir para a identificação da capacidade de captação das mulheres de 25 a 64 anos de idade pelas operadoras de planos de saúde, fortalecendo e ampliando

as ações de rastreamento, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de colo de útero.

Promover da 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. 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 e mais amplamente utilizado método para rastreamento do câncer do colo do útero é o teste de Papanicolaou - 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 citopatológico do colo do útero (exame Papanicolaou) 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 (2011), 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.

Meta

A meta anual é atingir um resultado igual ou superior a 33 exames de citopatologia cérvico-vaginal oncótica para cada 100 beneficiárias na faixa etária de 25 a 64 anos, considerando a realização de um exame a cada três anos, em mulheres nessa faixa etária.

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado ≤ 3	0
$3 < \text{Resultado} < 33$	$0 < V < 1$
Resultado ≥ 33	1

$$V = ((3 < \text{Resultado} < 33) - 3) / (30)$$

Fonte de dados

TISS e SIB

Observação:

- 1- A OPS deverá observar o correto preenchimento do CNS-Cartão Nacional de Saúde nas guias de SP/SADT.
- 2- As guias que não tiverem identificação da beneficiária pelo CNS serão desconsideradas para apuração do indicador.
- 3- Conforme estabelecido na IN nº 68, de 11 de maio de 2017, que alterou a IN nº 60, de 09 de outubro de 2015, caso a operadora apresente Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado será aplicada a pontuação zero ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados.

Numerador: Código TUSS 40601137 (Procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncótica) nas guias não vinculadas à internação de SP/SADT (atendimento ambulatorial) para beneficiárias univocamente

identificadas pelo número CNS, com idade entre 25 e 64 anos (inclusive) na data de realização do exame.

Serão desconsiderados exames repetidos na mesma beneficiária no período considerado.

Denominador: Média anual de beneficiárias com idade entre 25 e 64 anos (inclusive), que possuam plano com a segmentação ambulatorial - Sistema de Informação de Beneficiários (SIB).

Ações esperadas

Incentivar a realização da repetição do exame 'citopatologia cérvico-vaginal oncótica' 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 64 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

Pelo fato de no Brasil haver um estímulo à realização do procedimento anualmente, a utilização do número total do primeiro procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncológica realizado a cada ano em beneficiárias univocamente identificadas de 25 a 64 anos poderá levar à contagem da mesma mulher a cada ano, deixando de fora mulheres que não realizam o exame, levando ao atingimento da meta numericamente, mas não havendo o rastreamento de toda a população-alvo.

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.

Referências

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

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

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

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura_colo_do_uterio.pdf. Acesso em: 06 jul. 2011.

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (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 AuditTM.

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

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer Control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Switzerland: WHO, 2007. Disponível em: <www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2008. Lyon, 2008. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/>>. Acesso em: 10 set. 2010.

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

1.6 Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada (PESO 3)

Nomenclatura Simplificada

Cuidado ao Diabético

Conceito

Número de exames de hemoglobina glicada por quantidade estimada de beneficiários com diabetes mellitus e idade entre 19 e 75 anos de idade, no período considerado.

Método de Cálculo

Somatório a partir do segundo exame de hemoglobina glicada realizado pelo beneficiário univocamente identificado, com idade ≥ 19 anos e ≤ 75 anos, realizados em regime ambulatorial, no período considerado

6,7% da média de beneficiários no período considerado com idade ≥ 19 anos e ≤ 75 anos em planos que incluam a segmentação ambulatorial, no período considerado

Obs.: Poderá ser aplicado ao cálculo do indicador o método de padronização direta por Faixa Etária.

Definição de termos utilizados no Indicador

Numerador: Estima-se que 25% dos testes de hemoglobina glicada – HbA1c sejam feitos em pacientes não diabéticos (LYON et al., 2009). Para estimar o número de exames realizados em beneficiários com diabetes mellitus, a partir da identificação unívoca do beneficiário, considerou-se somente aqueles com pelo menos 2 exames ao ano.

Beneficiários univocamente identificados – Por meio do Cartão Nacional de Saúde – CNS é possível identificar cada beneficiário de forma unívoca. O objetivo

é somar, a partir do segundo exame realizado pelo beneficiário univocamente identificado, a quantidade de exames totais realizados no ano. Pressupõe-se que os exames realizados em beneficiários que apresentaram apenas um exame ao ano tinham finalidade diagnóstica e não de monitoramento do diabetes mellitus.

Denominador:

Beneficiários com diabetes mellitus e idade entre 19 e 75 anos: O inquérito telefônico em beneficiários - Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) apresenta uma média de frequência do diagnóstico médico prévio de diabetes no período 2013 a 2015 de 6,7%. Será aplicado este percentual de 6,7% à média de beneficiários com idade maior ou igual a 19 anos e menor ou igual a 75 anos em planos que incluam a segmentação ambulatorial, para realizar a estimativa de beneficiários com diabetes mellitus.

Interpretação do Indicador

A partir de estimativa da prevalência do diabetes mellitus em beneficiários adultos de planos de saúde das capitais brasileiras, mede-se o número de exames de hemoglobina glicada realizados nesta população e indiretamente a adesão dos médicos assistentes às diretrizes clínicas que recomendam que os testes de HbA1c devam ser realizados pelo menos duas vezes ao ano por todos os pacientes diabéticos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Aponta a adoção por parte da operadora de estratégias de estímulo dos prestadores à adesão às diretrizes clínicas de avaliação do controle glicêmico de pacientes adultos diabéticos.

Pode indicar situações de utilização excessiva e desnecessária deste exame.

Usos

Avaliar o número de exames de hemoglobina glicada que são solicitados para uma população estimada de beneficiários adultos com diabetes mellitus, com o objetivo de identificar possíveis situações de monitoramento insuficiente do controle glicêmico destes pacientes.

Estimar o uso da hemoglobina glicada na avaliação do controle glicêmico e na triagem e diagnóstico de diabetes mellitus como alternativa à glicemia de jejum e ao teste oral de tolerância à glicose.

Identificar situações de uso abusivo do exame – > 4 exames de HbA1c por beneficiário adulto com diabetes mellitus por ano.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Por inquérito telefônico, a frequência do diagnóstico médico prévio de diabetes referido por adultos das capitais brasileiras, sem distinção por posse de plano de saúde, foi 7,4% em 2015 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). No mesmo ano, a frequência deste diagnóstico referido por adultos beneficiários de planos de saúde foi 6,5% (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS estimou que 6,2% da população adulta referiu o diagnóstico médico de diabetes (IBGE, 2014).

A Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD (2016) recomenda que os exames de HbA1c devem ser realizados pelo menos duas vezes ao ano por todos os pacientes diabéticos e trimestralmente (quatro vezes ao ano) por aqueles que não atingiram o controle glicêmico recomendado ou submeteram-se a alterações do esquema

terapêutico. Deste modo, quatro é o número máximo anual de exames de HbA1c que deve ser realizado para qualquer paciente diabético.

Além de seu uso clássico no monitoramento do controle glicêmico de pacientes diabéticos, o exame de HbA1c vem também sendo utilizado para o diagnóstico do diabetes mellitus, tendo como base teórica as diretrizes da Sociedade Americana de Diabetes – ADA (2013). As diretrizes da ADA recomendam que pacientes com valor de HbA1c $\geq 6,5\%$ pela primeira vez devem ser submetidos a um novo exame para confirmar o diagnóstico de diabetes.

Apesar da existência de diretrizes nacionais e internacionais sobre o emprego da HbA1c no monitoramento e no diagnóstico do diabetes, há evidências do uso excessivo e desnecessário deste exame em diversos países (PIVOVAROV et al., 2014).

Meta

Apresentar taxa maior ou igual a 2 (dois) exames de hemoglobina glicada por beneficiário univocamente identificado com diabetes mellitus e idade entre 19 e 75 anos, no período considerado.

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado $\leq 0,20$	0
$0,20 < \text{Resultado} < 2,00$	$0 < V < 1$
Resultado $\geq 2,00$	1

$$V = ((0,20 < \text{Resultado} < 2,00) - 0,20) / 1,80$$

Fonte de Dados

TISS e SIB

Observação:

1 - A operadora deverá observar o correto preenchimento do CNS-Cartão Nacional de Saúde nas guias de SP/SADT.

2 - Conforme estabelecido na IN nº 68, de 11 de maio de 2017, que alterou a IN nº 60, de 09 de outubro de 2015, caso a operadora apresente Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado será aplicada a pontuação zero ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados.

Numerador: Códigos TUSS nas guias de SP/SADT (não vinculadas à internação), 40302075 (Hemoglobina glicada - A1 total - pesquisa e/ou dosagem) ou 40302733 (Hemoglobina glicada - Fração A1c - pesquisa e/ou dosagem), para beneficiários univocamente identificados pelo número CNS, com idade entre 19 e 75 anos (inclusive) na data de realização do exame (soma a partir do 2º exame).

Denominador: Média anual de beneficiários com idade entre 19 e 75 anos (inclusive), que possuam plano com a segmentação ambulatorial - Sistema de Informação de Beneficiários (SIB)

Ações esperadas

Realizar campanhas educativas dirigidas à rede prestadora sobre a utilização do exame de hemoglobina glicada no monitoramento do controle glicêmico de pacientes diabéticos em conformidade com as diretrizes clínicas da SBD (2016).

Implementar ações de coordenação do cuidado entre médicos de diferentes especialidades para assegurar que o exame seja solicitado no momento oportuno e para evitar a solicitação de “novos” exames sem que se tenha a informação sobre pedidos e resultados anteriores.

Incentivar a adoção do Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP pela rede prestadora a fim de facilitar o acesso às informações sobre o estado de saúde e a assistência recebida pelos beneficiários diabéticos durante seu percurso pela linha de cuidado. Do mesmo modo, a adoção do PEP tem efeitos positivos sobre a otimização dos recursos de saúde, bem como sobre a adesão dos médicos assistentes às diretrizes clínicas para o cuidado de pacientes com diabetes mellitus.

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

Tendo em consideração o grande volume de exames de hemoglobina glicada informados pelas operadoras – cerca de 2.800.000 no primeiro trimestre de 2016 (ANS, 2016), é certo que grande parte dos exames de hemoglobina glicada sejam solicitados para pacientes não diabéticos, sendo, portanto, difícil avaliar o percentual de exames solicitados para o monitoramento do controle glicêmico em beneficiários com diabetes. Assim, o uso da identificação unívoca do beneficiário minimiza este viés.

A inclusão pela diretriz da ADA (2013) do exame de HbA1c para o diagnóstico do diabetes mellitus, embora não integralmente corroborada pela SBD (2016), obscurece mais ainda a correlação entre o volume de exames e o monitoramento adequado de pacientes diabéticos.

A Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (2016) estabelece dois exames ao ano aos pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus. Para os pacientes com diagnóstico nos anos anteriores à apuração do indicador e sob bom controle glicêmico, a captura dos dois exames anuais não oferecerá grandes dificuldades, pois supõe-se que o médico assistente irá programar 2 exames ao longo do ano seguinte. Contudo, poderá haver uma subestimação do número de exames realizados para os pacientes com diagnóstico inicial de diabetes no ano de apuração do indicador, especialmente para aqueles com diagnóstico inicial de diabetes no segundo semestre, pois estes terão sua avaliação subsequente no ano seguinte. Não há dados sobre o número de casos novos de diabetes mellitus diagnosticados a cada ano no Brasil. Considerando os dados dos Estados Unidos da América (CDC 2017), que apresentou em 2015 uma prevalência de diabetes mellitus (7,2%) na população adulta semelhante à da população adulta da Saúde Suplementar brasileira no período 2011-2015 (6,7%), o número de casos novos foi de 6,7 por 1.000 adultos, cerca de 1/11 da prevalência. Estima-se, assim, que o número de beneficiários com diabetes que terão seus exames desconsiderados por terem realizado somente um exame de hemoglobina glicada no ano de apuração não terá um impacto significativo sobre o desempenho da operadora neste indicador.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Sistema de Informações de Produtos - SIP. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar 2016.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, v. 36 Suppl 1, p. S67-74, Jan 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Vigitel Brasil 2014 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. ISBN 978-85-334-2322-0.

..... *Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. ISBN 978-85-334-2441-8.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. *National Diabetes Statistics Report, 2017*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Dept of Health and Human Services; 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2014. ISBN 978-85-240-4334-5.

LYON, A. W. et al. Variation in the frequency of hemoglobin A1c (HbA1c) testing: population studies used to assess compliance with clinical practice guidelines and

use of HbA1c to screen for diabetes. J Diabetes Sci Technol, v. 3, n. 3, p. 411-7, May 01 2009.

PIVOVAROV, R. et al. Temporal trends of hemoglobin A1c testing. J Am Med Inform Assoc, v. 21, n. 6, p. 1038-44, Nov-Dec 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. ISBN 978-85-8114-307-1.

1.7 Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Cárie (PESO 2)

Nomenclatura Simplificada

Prevenção da Cárie

Conceito

Percentual do número de procedimentos voltados à preservação das estruturas dentárias em relação ao número total de procedimentos odontológicos realizados no período de análise.

Método de Cálculo

Número de procedimentos voltados à preservação das estruturas dentárias no período de análise	X 100

Total de procedimentos odontológicos realizados em beneficiários no período de análise	

Definição de termos utilizados no Indicador:

Procedimentos voltados à preservação das estruturas dentárias-

Procedimentos de prevenção da doença cárie. Consistem em procedimentos clínicos, educativos e/ou terapêuticos que interferem nas causas da cárie, impedindo e/ou retardando o aparecimento de lesões relacionadas à essa doença. A listagem completa dos códigos procedimentos encontra-se detalhada na fonte de dados desta ficha.

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

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 relacionados à doença cárie, 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 da doença cárie.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Programa Nacional de Saúde Bucal preconiza que o conceito ampliado de saúde, 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 à doença cárie, 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).

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 (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-base de 2015, a mediana do setor suplementar de saúde brasileiro para os procedimentos preventivos de cobertura obrigatória no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde tendeu a elevar-se com o porte da operadora e, para todos os portes, a mediana foi maior para as operadoras exclusivamente odontológicas em comparação com as operadoras médico-hospitalares que oferecem planos na segmentação odontológica – Tabela 1 (BRASIL/ANS, 2015).

Tabela 1. Medianas da proporção de procedimentos preventivos em saúde bucal por porte e segmentação das operadoras

Porte e segmentação	Mediana (%)
Grande porte MH*	45,9
Grande porte OD**	53,6
Médio porte MH	32,9
Médio porte OD	42,8
Pequeno porte MH	26,2
Pequeno porte OD	33,9

*MH: operadoras médico-hospitalares que oferecem planos na segmentação odontológica

**OD: operadoras exclusivamente odontológicas

Fonte: SIP – ANS, 2015

Meta

A meta é atingir um resultado igual ou superior a 80% da mediana do setor (MS), por porte e grupo da operadora (MH ou OD).

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado ≤ 20% MS	0
20% MS < Resultado < 80% MS	0 < V < 1
Resultado ≥ 80% MS	1

$$V = ((MS \times 0,20 < \text{Resultado} < MS \times 0,80) - MS \times 0,20) / (MS \times 0,8 - MS \times 0,2)$$

Fonte de Dados

TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)

Observação 1: Conforme estabelecido na IN nº 68, de 11 de maio de 2017, que alterou a IN nº 60, de 09 de outubro de 2015, caso a operadora apresente Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a

30% no ano-base avaliado será aplicada a pontuação zero ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados.

Numerador: Códigos TUSS nas guias de tratamento odontológico, dos procedimentos listados na tabela a seguir:

87000016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
84000031	Aplicação de carióstático
84000058	Aplicação de selante - técnica invasiva
84000074	Aplicação de selante de fóssulas e fissuras
84000090	Aplicação tópica de flúor
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado
84000171	Controle de cárie incipiente
84000201	Remineralização
84000228	Teste de capacidade tampão da saliva
84000252	Teste de PH salivar
84000139	Atividade educativa em saúde bucal
84000163	Controle de biofilme placa bacteriana
84000198	Profilaxia: polimento coronário
84000236	Teste de contagem microbiológica
84000244	Teste de fluxo salivar
85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental Placa Bacteriana

Denominador: Somatório de todos os procedimentos nas guias de tratamento odontológico.

Observação 2: a contagem dos códigos TUSS, no numerador e no denominador, considerará também as quantidades informadas nas guias de tratamento odontológico (no campo "QUANTIDADE INFORMADA DE PROCEDIMENTOS OU ITENS ASSISTENCIAIS" de cada guia). Este critério será adotado independentemente da unidade adotada (boca, região, dente, face, etc.), a fim de considerar as peculiaridades técnicas de cada procedimento e a unidade de informação de cada operadora.

Ações de impacto esperadas

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 utilização, entre outros) da população beneficiária.

Limitações e Vieses

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

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

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

Referências

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.8 Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Periodontia (PESO 2)

Nomenclatura Simplificada

Cuidados com a Gengiva

Conceito

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

Método de Cálculo:

Número de procedimentos preventivos em periodontia realizados em beneficiários com 12 anos ou mais no período de análise	X 100
Total de procedimentos odontológicos realizados em beneficiários com 12 anos ou mais no período de análise	

Definição de termos utilizados no Indicador:

Procedimentos preventivos em periodontia- Procedimentos de prevenção ligados aos tecidos de suporte do dente. Consistem em procedimentos clínicos, educativos e/ou terapêuticos que interferem nas causas das doenças periodontais, impedindo e/ou retardando o aparecimento de lesões periodontais, tais como a raspagem supra gengival por hemiarçada (para a remoção de cálculo supra gengival, em beneficiários com 12 anos de idade ou mais), raspagem subgengival, entre outros. A listagem completa dos códigos procedimentos encontra-se detalhada na fonte de dados desta ficha.

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

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 periodontia, 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 periodontia com os demais procedimentos periodontais.

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, 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 a doenças da gengiva, 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).

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 (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).

Meta

Dado que a fonte de dados para este indicador será o TISS e ainda não há histórico para estabelecimento de uma meta, a referência de procedimentos preventivos periodontais será estabelecida pela mediana do próprio setor.

A meta é atingir um resultado igual ou superior à 80% da mediana do setor (MS), por porte e grupo da operadora (MH ou OD).

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado \leq 20% MS	0
20% MS < Resultado < 80% MS	$0 < V < 1$
Resultado \geq 80% MS	1

$$V = ((MS \times 0,20 < \text{Resultado} < MS \times 0,80) - MS \times 0,20) / (MS \times 0,8 - MS \times 0,2)$$

Fonte de Dados

TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)

Observação 1: Conforme estabelecido na IN nº 68, de 11 de maio de 2017, que alterou a IN nº 60, de 09 de outubro de 2015, caso a operadora apresente Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado será aplicada a pontuação zero ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados.

Numerador: Códigos TUSS nas guias de tratamento odontológico, dos procedimentos listados na tabela a seguir:

87000016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
84000139	Atividade educativa em saúde bucal
84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana)
84000198	Profilaxia: polimento coronário
84000236	Teste de contagem microbiológica
84000244	Teste de fluxo salivar
85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
84000228	Teste de capacidade tampão da saliva
84000252	Teste de PH salivar
85300047	Raspagem supra-gengival
85300039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular
85300098	Manutenção periodontal

Denominador: Somatório de todos os procedimentos nas guias de tratamento odontológico.

Observação 2: a contagem dos códigos TUSS, no numerador e no denominador, considerará também as quantidades informadas nas guias de tratamento odontológico (no campo "QUANTIDADE INFORMADA DE PROCEDIMENTOS OU ITENS ASSISTENCIAIS" de cada guia). Este critério será adotado independentemente da unidade adotada (boca, região, dente, face, etc.), a fim de considerar as peculiaridades técnicas de cada procedimento e a unidade de informação de cada operadora.

Ações esperadas

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 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.

Os procedimentos utilizados no cálculo do numerador abrangem procedimentos clínicos que poderiam ser realizados para a prevenção de outras doenças bucais que não as doenças periodontais.

Referências

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

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

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

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

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de

negociação qualificador do processo de gestão do SUS. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife, v. 3, n. 2, jun. 2003. p. 221-224.

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

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

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

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

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

1.9 Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos - (PESO 3)

Nomenclatura Simplificada

Cuidado Integral do Idoso

Conceito

Razão de consultas ambulatoriais com generalistas pelo número de consultas ambulatoriais com especialistas para beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais no período considerado.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de consultas ambulatoriais com Generalista para Idosos para beneficiários com 60 anos ou mais}}{\text{Número de consultas ambulatoriais com outros Especialistas para beneficiários com 60 anos ou mais}}$$

Definição de termos utilizados no indicador

Consultas com Generalista para Idosos - Para fins do PQO, serão consideradas consultas com generalistas as consultas realizadas com médico das seguintes especialidades: Clínica Médica, Geriatria, Medicina de Família e Comunidade e do Médico Generalista propriamente dito.

Consultas em 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 na faixa etária de 60 anos ou mais.

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.

Consultas em Medicina de Família e Comunidade – Consultas na especialidade médica voltada para a provisão contínua e integrada de cuidados primários de saúde para toda a família.

Consultas com Generalista – Consultas com médicos cuja prática não é restrita a uma área específica da medicina.

Consultas com Médico Especialista – Consultas com médicos cuja prática é restrita a uma área específica da medicina, excluindo as demais especialidades consideradas como generalista no PQO.

Interpretação do Indicador

A relação generalista/especialista visa incentivar os cuidados primários, dando acesso dos idosos aos profissionais generalistas que poderiam resolver de 70% a 80% dos problemas de saúde (WHO, 1978).

Profissionais de atenção primária conseguem tratar uma grande gama de problemas de saúde, evitando que os pacientes sejam encaminhados para especialistas desnecessariamente ou busquem de forma desordenada o atendimento em unidades de urgência e emergência (STARFIELD, 2002).

Quando a razão de consultas médicas ambulatoriais com generalista/ especialista para idosos for muito baixa, pode apontar para um modelo de atenção

equivocado, centrado na atenção especializada, descoordenado, fragmentado e pouco resolutivo (STARFIELD, 2002).

Além disso, um número reduzido de consultas com generalista em relação às consultas com especialistas pode levar a um aumento nas internações sensíveis ao cuidado na atenção primária. Vários estudos apontam para o fato de que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde (ALFRADIQUE ME et al., 2009).

Usos

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 com generalistas.

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

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.

Meta

A literatura aponta para uma meta com um resultado igual ou superior a 3 ou 4 consultas com médico generalista por uma consulta com especialista, por beneficiário na faixa etária de 60 anos ou mais.

Entretanto, diante da necessidade de mudança do modelo de atenção brasileiro, é importante apontar para o aumento progressivo da meta.

Será considerada uma meta ainda distante do desejado, de 1 generalista para até 5 especialistas ($1:5 = 0,2$), com previsão de aumento da meta ao longo dos anos até que essa razão comece a se inverter.

A partir de uma razão de 1 generalista para 15 especialistas ($1:15 = 0,06$) a pontuação para o indicador passa a ser zero.

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado $\leq 0,06$	0
$0,06 < \text{Resultado} < 0,2$	$0 < V < 1$
Resultado $\geq 0,2$	1

$$V = ((0,06 < \text{Resultado} < 0,2) - 0,06) / 0,14$$

Fonte de Dados

TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)

Observação:

1 - A operadora deverá observar o correto preenchimento do CBO nas guias de consultas e SP/SADT.

2 - Conforme estabelecido na IN nº 68, de 11 de maio de 2017, que alterou a IN nº 60, de 09 de outubro de 2015, caso a operadora apresente Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado será aplicada a pontuação zero ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados.

Numerador: Códigos TUSS nas guias de consulta ou de SP/SADT (não vinculadas a evento de internação) 10101012 (Consulta em consultório no horário normal ou preestabelecido) ou 20101236 (Avaliação geriátrica ampla – AGA), para beneficiários com 60 anos ou mais na data de realização do atendimento, com CBO 225125 (Médico clínico), 225130 (Médico de família e comunidade), 225170 (Médico generalista) ou 225180 (Médico geriatra).

Denominador: Códigos TUSS nas guias de consulta ou de SP/SADT (não vinculadas a evento de internação) 10101012 (Consulta em consultório no horário normal ou preestabelecido) ou 20101236 (Avaliação geriátrica ampla – AGA), para beneficiários com 60 anos ou mais de idade na data de realização do atendimento, com CBO das demais áreas médicas não consideradas como

generalista no Programa, inclusive os CBO's não identificados. Somente para as guias de reembolso, não serão considerados os CBO's não identificados.

Ações Esperadas

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

É influenciado por fatores socioeconômicos, culturais, pela infra-estrutura de prestação de serviços e por diretrizes assistenciais e preventivas.

Formação médica brasileira privilegia o médico especialista em detrimento do generalista. Além disso, o padrão cultural da sociedade reforça a preponderância do acesso ao médico especialista, que deveria ser procurado para situações mais específicas e incomuns.

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 infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora.

Referências

ALFRADIQUE M.E et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, jun, 2009.

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.

CANDAU, M. G. Planejamento geral e aspectos doutrinários da formação do médico de família e suas relações com o sistema de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 16, Londrina, 1978.

PAIM, J. S. Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. In: ABRASCO. Estudos de saúde coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986. p.11-25

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Status of family medicine in the Americas. In: Meeting of the Executive Committee of the Directing Council, 92, 1984, Washington. Complete collection of documents. Washington: PAHO, 1984. p.23 (CE92/17 En).

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. UNESCO. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. The contribution of the family doctor (Conference). Ontario, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary Health Care. Genebra, WHO, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994.

1.10 Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (PONTUAÇÃO BASE de 0,10)

Nomenclatura Simplificada

Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças dos Clientes

Conceito

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

Método de Cálculo

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

Onde:

Pontuação base= 0,10 (referente às pontuação base dada às operadoras que tiverem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados junto à ANS)

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. Os programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (FC ou FM) deverão estar aprovados pela ANS, até a data de corte do IDSS,

conforme disposto na Instrução Normativa Conjunta DIOPE e DIPRO nº 07 de 23/11/2012.

Interpretação da Pontuação Base

Pontua a operadora que possui programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados pela ANS, elevando a pontuação do IDQS.

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 Base 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

BRASIL/ANS. Instrução Normativa DIOPE/DIPRO - IN nº 07, de 23 de novembro de 2012, dispõe sobre o cadastramento, o monitoramento e os investimentos em

programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

.....Resolução Normativa 264, de 19 de agosto de 2011, dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e seus Programas na saúde suplementar.

.....Instrução Normativa 34 de 19 de agosto de 2011, Revoga itens do Anexo I da IN nº 25, de 12 de janeiro de 2010, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, que Regulamenta o artigo 22 da Resolução Normativa - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010.

1.11 Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS (PONTUAÇÃO BASE de até 0,30)

Nomenclatura Simplificada

Participação do Plano de Saúde em Projetos de Qualidade

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-piloto em APS até o último dia útil do ano-base analisado.

A pontuação também poderá ser atribuída às Operadoras cuja a certificação em Atenção Primária em Saúde - APS, tenha sido enviada à ANS pela entidade acreditadora até o último dia útil do ano-base analisado.

Método de Cálculo

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

Onde:

Pontuação base = 0,10 (referente à pontuação base dada pela assinatura do Termo de Adesão a um dos Projetos)

ou

Pontuação base para Certificação em APS de:

Nível I: 0,30

Nível II: 0,23

Nível III: 0,15

*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;
- 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 ao Idoso; (2) Atenção Hospitalar;(3) Reabilitação, Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos; e (4) Navegador do Cuidado;e
- Realizado as atividades previstas no Termo de Compromisso.

Em relação ao Projeto OncoRede

- Assinado o Termo de Acompanhamento de Inovações em Qualidade nos Serviços de saúde na área de Oncologia – Projeto OncoRede;

- 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; e
- Realizado as atividades previstas no Termo de Compromisso.

Em relação ao Projeto-piloto em APS

- Envio do Projeto-Piloto a ser implementado, contemplando o escopo da metodologia do Programa e os indicadores de monitoramento da qualidade;
- Assinado o Termo de Acompanhamento de Inovações em Qualidade na área de APS; e
- Realizado as atividades previstas no Termo de Compromisso.

Em relação à certificação em APS

- Recebido certificado de Acreditação em APS e ter comunicado à ANS até o último dia útil do ano-base analisado.

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 4 Projetos de Indução da Qualidade em andamento: (1) Projeto Parto Adequado, (2) Projeto Idoso Bem Cuidado, (3) Projeto OncoRede, e (4) Projeto-piloto APS. A operadora poderá pontuar ainda caso obtenha uma Certificação em APS.

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

A pontuação base é limitada a 0,10 e não é cumulativa, independentemente do número de projetos de indução da qualidade ao qual a operadora participe.
Caso a operadora também seja certificada em APS, a pontuação base máxima será de até 0,30.

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.

MENDES, E. V. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Brasília, 2015.

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.

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.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. UNESCO. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

2 INDICADORES DA DIMENSÃO GARANTIA DE ACESSO – IDGA

2.1 Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário (PESO 1)

Nomenclatura Simplificada

Renal Crônico

Conceito

Número de sessões de hemodiálise crônica realizadas em relação a média de beneficiários em planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de sessões de hemodiálise crônica}}{\text{Média de beneficiários em planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado (Benef)}}$$

Obs.1: Poderão ser aplicados no cálculo do indicador os métodos de Padronização direta por Faixa Etária; e Bayes Empírico.

Obs.2: Com fator redutor na pontuação, quando aplicável, de acordo com a Taxa de Ressarcimento de hemodiálise ao SUS, sendo a taxa calculada da seguinte forma:

$$\text{TaxaH_Op} = \frac{\text{NUH}}{\text{Benef}}$$

Os códigos dos procedimentos de hemodiálise das APACS da Tabela de Procedimentos do SUS no SIGTAP- Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Grupo: Procedimentos Clínicos; Subgrupo: Tratamentos em Nefrologia; Forma de Organização: Tratamento Dialítico) são:

- ⇒ 0305010107 (Hemodiálise II – máximo de 3 sessões por semana);
- ⇒ 0305010115 (Hemodiálise em paciente com sorologia positiva para HIV e/ou hepatite B e/ou hepatite C (máximo 3 sessões por semana); e
- ⇒ 0305010204 (Hemodiálise Pediátrica - máximo 04 sessões por semana).

Este indicador não se aplica à operadoras com menos de 2 mil beneficiários, não sendo assim calculado.

Definição de termos utilizados no Indicador

Hemodiálise crônica- Terapia para a purificação insuficiente do sangue pelos rins, baseado na hemodiálise, devendo ser excluídas as sessões de diálise peritoneal.

Número de Eventos de Utilização de Hemodiálise (NUH) - Total de eventos identificados de utilização da rede do SUS para Hemodiálise por beneficiários da operadora de saúde suplementar, tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento por meio da aplicação do fator de ajuste (taxa de indeferimento dos últimos 3 anos). Serão considerados apenas os atendimentos dos ABIs que

representam os quatro últimos períodos de competências sucessivas (representando um ano de identificação), ou seja, confirmando-se o cronograma de lançamento dos ABIs para 2018, serão considerados os eventos notificados nos ABIs 67º, 69º, 71º e 73º

O numerador NUH terá dois componentes, sendo um deles referente aos atendimentos de hemodiálise não impugnados dos ABIs acima mencionados, os quais serão considerados em sua integralidade, e o outro referente aos atendimentos de hemodiálise impugnados, sendo que para estes últimos serão aplicados um fator de ajuste (FA_{2018}), correspondente ao tratamento com estimativa baseada no histórico de ressarcimento. Sendo assim:

$$NUH_{2018} = f_{\text{atendimentos de hemodiálise não impugnados}} + (f_{\text{atendimentos de hemodiálise impugnados}} \times FA_{2018})$$

Onde:

- NUH_{2018} é número total de eventos de hemodiálise identificados em 2018 de utilização da rede do SUS por beneficiários da operadora de saúde suplementar, tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento;
- $f_{\text{atendimentos de hemodiálise não impugnados}}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos de hemodiálise realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados em 2018 e que não foram impugnados pelas operadoras de plano de saúde;
- $f_{\text{atendimentos de hemodiálise impugnados}}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos de hemodiálise realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados em 2018 e que foram impugnados pelas operadoras de plano de saúde;

- FA_{2018} é o fator de ajuste que será aplicado sobre a quantidade total de atendimentos lançados no ano de 2018 e que foram impugnados pelas operadoras. Este fator de ajuste será calculado pela média da taxa de indeferimento dos ABIs lançados nos anos de 2015, 2016 e 2017;

Estimativa de utilização de hemodiálise no SUS – Como espera-se que parte dos eventos de hemodiálise avisados em 2018 sejam indeferidos quando analisados, será realizada uma estimativa a partir da série histórica dos três anos mais recentes disponíveis da taxa de indeferimento por operadora. A utilização de três anos é estatisticamente suficiente para a identificação de um padrão de comportamento da operadora necessária para o cálculo da estimativa. A cada novo ano-base será calculada nova estimativa de indeferimentos por operadora considerando os anos mais recentes, desse modo contemplando a eventual mudança de padrão da operadora.

A estimativa dos indeferimentos é realizada utilizando-se a média aritmética dos percentuais de indeferimentos dos três anos anteriores ao ano-base. Sendo assim, para o ano-base de 2018, a estimativa de indeferimentos irá considerar as taxas de indeferimento dos ABIs lançados nos anos de 2015 (ABI 54º e ABI 55º), 2016 (ABI 56º ao ABI 58º) e 2017 (ABI 59º, 61º, 63º e 65º) conforme apresentado a seguir:

$$FA_{2018} = \frac{Taxa\ Indef_{2015} + Taxa\ Indef_{2016} + Taxa\ Indef_{2017}}{3}$$

A seguir é apresentado o método de apuração da taxa de indeferimento anual ($Taxa\ Indef_x$), que será aplicado separadamente para cada um dos três anos anteriores ao ano-base:

$$Taxa\ Indef_x = \frac{f_{\text{atendimentos lançados no ano } x \text{ e indeferidos em 1ª inst.}} + f_{\text{atendimentos lançados no ano } x \text{ e indeferidos em 2ª inst.}}}{f_{\text{atendimentos lançados no ano } x \text{ e analisados em 1ª inst.}} + f_{\text{atendimentos lançados no ano } x \text{ e analisados em 2ª inst.}}}$$

Onde:

- $Taxa\ Indef_x$ é taxa de indeferimento dos atendimentos lançados no ano x , considerando apenas àqueles com decisão definitiva realizada até o momento de apuração do resultado do programa;

- $f_{\text{atendimentos lançados no ano } x \text{ e indeferidos em 1ª inst.}}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram julgados como indeferidos em 1ª instância, sem recurso, considerando apenas as decisões já notificadas às operadoras até o momento de apuração do resultado do programa;

- $f_{\text{atendimentos lançados no ano } x \text{ e indeferidos em 2ª inst.}}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram julgados como indeferidos em 2ª instância até o momento de apuração do resultado do programa;

- $f_{\text{atendimentos lançados no ano } x \text{ e analisados em 1ª inst.}}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram analisados em 1ª instância, sem recurso, julgados como deferidos ou indeferidos, considerando apenas as decisões já notificadas às operadoras até o momento de apuração do resultado do programa;

- *fatendimentos lançados no ano x e analisados em 2ª inst.* é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram analisados em 2ª instância até o momento de apuração do resultado do programa, considerando tanto os atendimentos deferidos como os indeferidos;

Média de Beneficiários em planos que incluem a segmentação ambulatorial (Benef) - Média de Beneficiários de planos que incluem a cobertura ambulatorial – prestação de serviços de saúde que compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, podendo ou não oferecer outras coberturas.

Para o cálculo do Resultado do Indicador via TISS, Benef será calculado no período do ano-base avaliado (2018), de acordo com os dados do SIB.

Para o cálculo da Taxa de Utilização do SUS, o cálculo da média de beneficiários (Benef) deverá utilizar o ano de competência dos ABIs lançados em 2018, considerando-se apenas os ABIs referentes aos quatro últimos períodos de competências sucessivas (representando um ano de identificação). Portanto, confirmando-se o cronograma de lançamento dos ABIs para 2018, serão considerados os ABIs 67º, 69º, 71º e 73º. Com isso, no denominador da fórmula (Benef) será calculada a média dos beneficiários por operadora nas competências de 04/2016 a 03/2017.

Interpretação do Indicador

Este indicador estima, a partir da prevalência nacional de pacientes em tratamento dialítico que fazem tratamento por hemodiálise convencional de fonte pagadora não SUS, o número de sessões de hemodiálise crônica necessárias (esperadas), tendo em conta o número médio de beneficiários da operadora em planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado.

Um valor baixo para o indicador pode sugerir situações de dificuldade de acesso às unidades de diálise, pela demora na marcação das sessões de hemodiálise crônica convencional ou, ainda, pela indisponibilidade de prestadores de serviços de saúde.

Espera-se que operadoras com baixa produção de sessões de hemodiálise tenham alta utilização do SUS. Ademais, operadoras com produção suficiente de hemodiálise, e com alta utilização do SUS, possivelmente apresentam insuficiência de rede para tratamento dialítico.

Usos

Avaliar a evolução da realização das sessões de hemodiálise crônica, com vistas a verificar possíveis situações de restrição de acesso aos serviços de diálise.

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.

Identificar as operadoras com baixa produção de hemodiálise e alta taxa de utilização do SUS ou com insuficiência de rede de tratamento dialítico.

Parâmetros e Dados Estatísticos

O Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica da Sociedade Brasileira de Nefrologia estimou uma prevalência de pacientes em tratamento dialítico de 59,6 por 100.000 indivíduos em 2016, tendo havido um aumento em relação a 2015 (54,4 por 100.000), o que corrobora a tendência a permanente crescimento anual.

O Inquérito estimou que 83,0% dos pacientes em diálise crônica de fonte pagadora não SUS faziam tratamento por hemodiálise convencional em 2016.

Para fins do Programa de Qualificação de Operadoras, adotou-se uma prevalência de 49,5 pacientes em hemodiálise crônica convencional por 100.000 beneficiários (83,0% de 59,6 por 100.000) e uma média de três sessões semanais (156 sessões por ano), resultando em cerca de 0,077 sessões por beneficiário por ano.

Os dados de utilização do SUS do ano de 2017 indicam que na distribuição de utilização estimada por operadora dos procedimentos de hemodiálise com no máximo 3 sessões por semana (excluindo-se procedimentos pediátricos e em pacientes HIV positivos) por beneficiário, o percentil 80 do total de procedimentos ao ano por beneficiário situou-se em 0,006663. Ou seja, considera-se que 20% das operadoras apresentam alta utilização do SUS (acima de 0,006663). A classificação através de percentil se justifica após verificar que a análise dos dados apontou para uma concentração de maior utilização do SUS em um contingente de operadoras proporcionalmente reduzido em relação à quantidade total de operadoras. O resultado e a definição do critério de pontuação foi apurado

após análises realizadas, considerando os dados das ABI's mais recentes e a identificação das faixas de utilização histórica de cada operadora na curva de distribuição das ocorrências.

Meta

Apresentar um número de sessões de hemodiálise crônica superior a 0,062 sessões por beneficiário por ano, ou seja, cerca de 80% do valor esperado de 0,077 sessões por beneficiário por ano, e apresentar utilização do SUS próxima de zero. Para fins deste indicador, considerou-se como alta utilização do SUS uma taxa de utilização estimada acima de 0,006663 ao ano.

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado = 0	0
0 < Resultado < 0,062 e Taxa de utilização do SUS $\geq 0,006663$	$(0 < V < 1) * 0,8$
0 < Resultado < 0,062 e Taxa de utilização do SUS < 0,006663	$0 < V < 1$
Resultado $\geq 0,062$ e Taxa de utilização do SUS $\geq 0,006663$	0,9
Resultado $\geq 0,062$ e Taxa de utilização do SUS < 0,006663	1

$$V = (0 < \text{Resultado} < 0,062) / 0,062$$

Observação:

- (1) Será aplicado um fator de redução de 20% (0,8) para as operadoras que se situarem abaixo da meta de sessões de hemodiálise crônica e apresentarem uma alta utilização do SUS.

(2) Será aplicado um fator de redução de 10% (0,9) para as operadoras que superarem a meta de sessões de hemodiálise crônica e apresentarem uma alta utilização do SUS.

Fonte de Dados

TISS (Troca De Informações da Saúde Suplementar)

SGR - Sistema de Gestão do Ressarcimento

SCI - Sistema de Controle de Impugnações

SIB - Sistema de Informações de Beneficiários

Observação: Conforme estabelecido na IN nº 68, de 11 de maio de 2017, que alterou a IN nº 60, de 09 de outubro de 2015, caso a operadora apresente Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado será aplicada a pontuação zero ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados.

Numerador:

Resultado:

Número de sessões de hemodiálise crônica: Código TUSS nas guias de SP/SADT não vinculadas à internação 30909031 (Hemodiálise crônica - por sessão).

Taxa de Utilização do SUS:

Número de Eventos de Utilização de Hemodiálise (NUH) – número estimado de procedimentos das APACS do DATASUS para hemodiálise em beneficiários da operadora.

Denominador:

Resultado:

Média anual de beneficiários que possuam plano com a segmentação ambulatorial (Benef)- Sistema de Informação de Beneficiários (SIB)

Taxa de Utilização do SUS:

Média anual de beneficiários que possuam plano com a segmentação ambulatorial (Benef)- Sistema de Informação de Beneficiários (SIB)

Ações esperadas

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

Tendo em consideração que a prevalência de pacientes em tratamento dialítico varia entre as diversas regiões geográficas do país, a adoção da prevalência total nacional pode subestimar a real prevalência nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste e superestimar a prevalência nas regiões Norte e Nordeste. Estas diferenças podem indicar subnotificação e informações insuficientes no que diz respeito ao número de pacientes em tratamento dialítico ou o menor acesso destes pacientes aos programas de terapia renal substitutiva nas regiões Norte e Nordeste.

Diferenças nas prevalências das doenças de base que podem conduzir à doença renal crônica – diabetes mellitus, hipertensão arterial e glomerulonefrite, bem como dos fatores que aceleram sua progressão – obesidade, dislipidemia e tabagismo, podem determinar variações significativas no número de pacientes em tratamento dialítico entre diversas populações de beneficiários.

Tempo de recebimento de dados do SUS e procedimentos sujeitos a recursos administrativos impedem acompanhamento em momento presente, sendo necessária a realização de estimativa de acordo com histórico da operadora

O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada aos pacientes com doenças de base ou das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos, oferecidas por uma determinada operadora.

O indicador é influenciado pelas características da infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso à hemodiálise crônica.

Referências

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.

SESSO, Ricardo Cintra et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. J. Bras. Nefrol., v. 39, n. 3, p. 261-266, 2017.

SIVIERO, Pamila; MACHADO, Carla Jorge; RODRIGUES, Roberto Nascimento. Doença renal crônica: um agravo de proporções crescentes na população brasileira. Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

2.2 Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos (PESO 2)

Nomenclatura Simplificada

Médico de Referência do Idoso

Conceito

Número de consultas ambulatoriais com generalista em relação à média de beneficiário na faixa etária de 60 anos ou mais no período considerado.

Método de Cálculo

$\frac{\text{Total de consultas ambulatoriais, com médico generalista para idoso na faixa etária de 60 anos ou mais}}{\text{Média de beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais em planos que contenham a segmentação ambulatorial no período considerado}}$
--

Obs.: Poderá ser aplicado ao cálculo do indicador o método de padronização direta por Sexo.

Definição de termos utilizados no Indicador

Consultas com Generalista para Idosos - Para fins do PQO, serão consideradas consultas com generalistas as consultas realizadas nas seguintes especialidades: Clínica Médica, Geriatria, Medicina de Família e Comunidade e Médico Generalista propriamente dito.

Consultas com 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 na faixa etária de 60 anos ou mais.

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.

Consultas em Medicina de Família e Comunidade – Consultas na especialidade médica voltada para a provisão contínua e integrada de cuidados primários de saúde para toda a família.

Consultas com Generalista – Consultas com médicos cuja prática não é restrita a uma área específica da Medicina.

Interpretação do Indicador

Estima a cobertura de consultas médicas com médico Generalista para Idosos em beneficiários na faixa etária de 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 com generalistas.

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

Pode apontar para situações de dificuldade ou restrição de acesso dos beneficiários com 60 anos ou mais de idade às consultas com generalistas para idosos.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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”, as consultas de Clínica Médica, Geriatria e Medicina de Família e Comunidade foram utilizadas junto com a consulta com generalista para se estimar as consultas com generalistas para idosos. Desse modo, são propostas 3 consultas com médico generalista para idosos.

Como forma de indução na saúde suplementar, cujos números de consultas médicas com generalistas ainda é pouco expressiva, propõe-se uma meta de 2 consultas com médico generalista para idosos.

Meta

A meta é atingir um resultado igual ou superior a 2 consultas com médico generalista por beneficiário na faixa etária de 60 anos ou mais, no período considerado.

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado \leq 0,7	0
$0,7 <$ Resultado $<$ 2	$0 < V < 1$
Resultado \geq 2	1

$$V = ((0,7 < \text{Resultado} < 2) - 0,7) / 1,3$$

Fonte de Dados

TISS e SIB

Observação: Conforme estabelecido na IN nº 68, de 11 de maio de 2017, que alterou a IN nº 60, de 09 de outubro de 2015, caso a operadora apresente Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado será aplicada a pontuação zero ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados.

Numerador: Códigos TUSS nas guias de consultas ou SP/SADT não vinculada à internação 10101012 (Consulta em consultório no horário normal ou preestabelecido) ou 20101236 (Avaliação geriátrica ampla – AGA) com CBO 225125 (Médico clínico), 225130 (Médico de família e comunidade), 225170

(Médico generalista) ou 225180 (Médico geriatra), para beneficiários com 60 anos ou mais na data de realização do exame.

Denominador: Média anual de beneficiários com 60 anos ou mais que possuam plano com a segmentação ambulatorial - Sistema de Informação de Beneficiários (SIB).

Ações esperadas

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 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 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. 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.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. UNESCO. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

CANDAU, M. G. Planejamento geral e aspectos doutrinários da formação do médico de família e suas relações com o sistema de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 16, Londrina, 1978.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Status of family medicine in the Americas. In: Meeting of the Executive Committee of the Directing Council, 92, 1984, Washington. Complete collection of documents. Washington: PAHO, 1984. p.23 (CE92/17 En).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. The contribution of the family doctor (Conference). Ontario, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary Health Care. Genebra, WHO, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994.

2.3 Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas (PESO 1)

Nomenclatura Simplificada

Acesso a Urgência e Emergência

Conceito

O indicador analisa de forma combinada a dispersão e a utilização dos serviços de urgência e emergência que compõem a rede da operadora.

A Dispersão de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas representa a proporção de municípios listados na área de atuação dos produtos que apresentam disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24 horas na rede assistencial da operadora, em relação aos municípios listados na área de atuação dos produtos que apresentam previsão de cobertura de serviços de urgência e emergência 24 horas.

A Utilização de Prestadores de Urgência/Emergência que compõem a Rede da Operadora representa a proporção de estabelecimentos de urgência/emergência cadastrados na rede assistencial dos planos na área de atuação dos produtos, dentre aqueles estabelecimentos de urgência/emergência na área de atuação dos produtos que foram efetivamente utilizados pelos beneficiários da operadora.

Método de Cálculo

$$50\% \times \frac{\text{Nº de municípios com disponibilidade de serviços de Urgência e Emergência 24 horas}}{\text{Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial de Urgência e Emergência 24 horas}} + 50\% \times \frac{\text{Nº de estabelecimentos de urgência/emergência cadastrados na rede assistencial dos planos e utilizados pelos beneficiários da operadora}}{\text{Nº de estabelecimentos de urgência/emergência utilizados pelos beneficiários da operadora}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no Indicador

Área de Atuação dos Produtos - Especificação dos municípios ou UF, nos quais a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas assistenciais, de acordo com a Área de Abrangência Geográfica registrada no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS, conforme definido no anexo II da RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

A Área de Atuação corresponderá ao conjunto de municípios de todos os produtos da operadora válidos para o cálculo do indicador.

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

Municípios com Disponibilidade de Serviços de Urgência e Emergência -

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

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	Administração Pública
1015	Órgão Público do Poder Executivo Federal
1023	Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Órgão Público do Poder Executivo Municipal
1040	Órgão Público do Poder Legislativo Federal
1058	Órgão Público do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Órgão Público do Poder Legislativo Municipal
1074	Órgão Público do Poder Judiciário Federal
1082	Órgão Público do Poder Judiciário Estadual
1201	Fundo Público
1210	Consórcio Público de Direito Público (Associação Pública)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Município
5029	Representação Diplomática Estrangeira
5037	Outras Instituições Extraterritoriais

Municípios com Previsão de Cobertura Assistencial de Urgência/Emergência 24 Horas - Quantidade de municípios indicados na área de atuação dos produtos com disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24 horas segundo informação contida no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS.

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.

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

1000	Administração Pública
1015	Órgão Público do Poder Executivo Federal
1023	Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Órgão Público do Poder Executivo Municipal
1040	Órgão Público do Poder Legislativo Federal
1058	Órgão Público do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Órgão Público do Poder Legislativo Municipal
1074	Órgão Público do Poder Judiciário Federal
1082	Órgão Público do Poder Judiciário Estadual
1201	Fundo Público
1210	Consórcio Público de Direito Público (Associação Pública)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Município
5029	Representação Diplomática Estrangeira
5037	Outras Instituições Extraterritoriais

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 style="text-align: center;">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:</p> <p>II.</p> <p>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.</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 ODONTOLÓGICO" "PRONTO SOCORRO OFTALMOLÓGICO" e "PRONTO SOCORRO GERAL/CLÍNICO", respectivamente.</p>
--	---

A ANS também disponibiliza em seu site planilha contendo a relação de prestadores cadastrados no CNES onde constam as informações para a verificação da dispersão de rede. Esta planilha encontra-se disponível no seguinte link: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/aplicativos-ans/manual-de-instalacao-historico-de-versao-e-outros-arquivos-rps>, onde no final da página poderão observar o item "Arquivos CNES".

Estabelecimentos de urgência/emergência cadastrados na rede assistencial dos planos da operadora - Prestadores identificados como de urgência/emergência localizados na área de atuação dos produtos, cadastrados na rede da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS.

Estabelecimentos de urgência/emergência utilizados pelos beneficiários da operadora - Prestadores identificados como de urgência/emergência, localizados na área de atuação dos produtos conforme Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS e informados no Sistema de Troca de Informações na Saúde Suplementar - TISS em decorrência da sua utilização pelos beneficiários da operadora. Serão considerados, inclusive, estabelecimentos que não estejam vinculados à rede assistencial da própria operadora, em atendimento às disposições da RN 259/2011.

Serão considerados como prestadores de urgência/emergência aqueles que apresentem atendimentos com “Tipo de Guia 2 - SP/SADT não vinculado a internação” e “Caráter de Atendimento - urgência/emergência” ou “Tipo de Guia 3 - Resumo de internação” e “Caráter de Atendimento - urgência/emergência”.

Os atendimentos com “Origem de Guia 4 – Reembolso”, “Tipo de Guia 2 - SP/SADT não vinculado a internação” e “Caráter de Atendimento - urgência/emergência”, serão considerados quando NÃO houver indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para exames complementares e/ou terapias e/ou atendimento ambulatorial e/ou procedimentos não pertencentes ao Rol Médico-Hospitalar no plano no Sistema de Registro de Produtos - RPS.

Os atendimentos com “Origem de Guia 4 – Reembolso”, “Tipo de Guia 3 - Resumo de internação” e “Caráter de Atendimento - urgência/emergência”, serão considerados quando NÃO houver indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para internação no plano no Sistema de Registro de Produtos - RPS.

Serão consideradas as informações de todos os prestadores de urgência/emergência que compuseram a rede assistencial da operadora utilizada e/ou cadastrada no período de 12 meses do ano base. O cruzamento das informações levará em consideração o número do CNPJ do prestador.

Crítérios 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 como livre escolha de prestadores.

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

As operadoras exclusivamente odontológicas e aquelas que operam exclusivamente pelo sistema de livre escolha, não terão avaliação neste indicador.

Na parcela de "utilização" do método de cálculo, serão desconsiderados como prestadores de urgência e emergência aqueles que apresentem todos os atendimentos:

a) "Tipo de Guia 2 - SP/SADT não vinculado a internação" e "Caráter de Atendimento - urgência/emergência" e "Origem de Guia 4 - Reembolso", desde que haja indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para exames

complementares e/ou terapias e/ou atendimento ambulatorial e/ou procedimentos não pertencentes ao Rol Médico-Hospitalar no plano no Sistema de Registro de Produtos; e/ou

b) “Tipo de Guia 3 - Resumo de internação” e “Caráter de Atendimento - urgência/emergência” e “Origem de Guia 4 - Reembolso”, desde que haja indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para internação no plano no Sistema de Registro de Produtos.

Interpretação do Indicador

O indicador é composto e verifica tanto a disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24 horas na área prevista para cobertura assistencial definida nos produtos das operadoras, quanto a utilização dos prestadores de urgência/emergência que de fato compõem a rede da operadora, conforme cadastrado no sistema de registro de produtos.

Assim, quanto maior o resultado do indicador, maior a dispersão da rede e a utilização dos prestadores de urgência/emergência cadastrados na rede assistencial da operadora.

Usos

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

Verificar a utilização de prestadores de urgência/emergência que não compõem a rede da operadora, apontando o uso de alternativas para o atendimento (RN 259/2011).

Meta

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

Atingir 100% dos atendimentos de urgência/emergência em prestadores cadastrados na rede da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS.

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado = 0%	0
0% < Resultado < 100%	$0 < V < 1$
Resultado = 100%	1

$V = (\text{Resultado da Fórmula})/100$

Fonte

RPS - Sistema de Registro de Planos de Saúde

MS/DATASUS/CNES

TISS - Sistema de Troca de Informações na Saúde Suplementar

Observação: Conforme estabelecido na IN nº 68, de 11 de maio de 2017, que alterou a IN nº 60, de 09 de outubro de 2015, caso a operadora apresente Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado será aplicada a pontuação zero ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados.

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.

Estruturar a rede de prestadores de serviços de saúde de forma que os prestadores de urgência/emergência nos quais a operadora oferece atendimento aos seus beneficiários sejam, de fato, aqueles cadastrados no Sistema RPS da ANS.

Melhorar a qualidade de informação da rede de prestadores de serviços de saúde de urgência/emergência no RPS.

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.

Problemas referentes à qualidade dos dados cadastrais do prestador no RPS e/ou dos dados informados no TISS.

Em produtos com abrangência diferente de nacional, o indicador não evidenciará todos os atendimentos realizados, uma vez que a verificação ocorrerá apenas na área de atuação dos produtos.

Referências

BRASIL/ANS. Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações, dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências.

.....Instrução Normativa (IN) DIPRO nº 23, de 1º de dezembro de 2009, alterada pela IN DIPRO nº 28, de 29 de julho de 2010, dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos, previstos na Resolução Normativa -RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004.

.....Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.

.....Resolução Normativa - RN nº 305, de 9 de outubro de 2012, estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar- Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde.

2.4 Taxa de Primeira Consulta ao Dentista no ano por Beneficiário (PESO 1)

Nomenclatura Simplificada

Consulta com Dentista

Conceito

Primeira consulta odontológica por beneficiário da operadora no período considerado, indicando o acesso ao tratamento odontológico.

Método de cálculo

Número total de primeiras consultas ao dentista no ano em beneficiário univocamente identificado com dois anos ou mais de idade
Número médio de beneficiários em planos que incluam a segmentação odontológica, com dois anos ou mais de idade

Definição de termos utilizados no indicador

Primeira consulta ao dentista no ano - Primeira consulta odontológica realizada no ano pelo beneficiário.

Beneficiário univocamente identificado - Por meio do Cartão Nacional de Saúde – CNS é possível identificar cada beneficiário de forma unívoca. A identificação do beneficiário objetiva marcar a primeira consulta ao dentista no ano, usando o CNS para não haver repetição.

Interpretação do indicador

Estima o acesso da população exposta à assistência odontológica individual.

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 à 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 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 visando à prevenção das doenças bucais, à avaliação dos fatores de risco individuais, à realização de diagnóstico precoce com redução das sequelas e limitação dos danos, levando em consideração o ciclo de vida e/ou a condição de saúde do beneficiário.

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

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

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

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

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

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

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

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

da exposição ao fluoreto e das práticas de alimentação, bem como aconselhamento quanto à higiene bucal. A visita odontológica precoce deve ser vista como um dos pilares para a realização dos procedimentos preventivos e diagnóstico precoce (ABO-ODONTOPEDRIA, 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.				
Consulta ao dentista pelo menos uma vez na vida																			
Não	1.337	26,8	22,2	32,1	25,8	21,1	31,2	16,6	11,6	23,2	9,8	6,6	14,2	19,6	13,3	27,9	18,1	14,7	22,1
Sim	5.918	71,4	66,0	76,3	73,1	67,7	78,0	82,0	76,0	86,7	88,4	82,3	92,6	79,4	70,2	86,2	80,5	76,8	83,7
Não sabe/Não respondeu	73	1,8	1,0	3,2	1,1	0,5	2,4	1,4	0,4	4,7	1,8	0,4	7,0	1,1	0,4	2,7	1,4	0,7	3,0
Frequência da consulta																			
Menos de 1 ano	3.570	52,1	46,1	58,0	61,9	57,8	66,0	53,4	44,1	62,4	67,8	60,7	74,1	61,0	55,2	66,5	56,6	50,5	62,5
1 a 2 anos	1.669	35,3	30,7	40,2	26,7	23,3	30,3	32,7	26,6	39,4	22,9	17,6	29,2	27,9	23,6	32,6	30,7	26,6	35,0
3 ou mais anos	595	11,7	8,5	16,1	9,8	7,5	12,7	11,7	7,8	17,2	8,5	5,3	13,3	9,0	6,4	12,6	10,9	8,3	14,2
Não sabe/Não respondeu	78	0,9	0,3	2,6	1,6	0,8	3,1	2,2	0,5	8,7	0,9	0,3	2,6	2,1	0,9	4,6	1,9	0,6	5,2
Onde consultou																			
Serviço Público	3.207	64,3	56,9	71,0	56,1	51,8	60,4	57,9	50,8	64,7	57,5	49,2	65,3	56,7	50,4	62,8	58,1	53,6	62,5
Serviço Particular	1.898	26,0	19,7	33,6	28,9	25,6	32,6	34,3	25,9	43,7	30,4	23,9	37,7	33,9	27,8	40,5	32,5	27,3	38,2
Plano de Saúde/Convênios	690	8,0	5,9	10,8	13,4	10,8	16,4	5,6	4,0	7,8	10,1	6,7	15,1	7,9	6,0	10,4	7,4	6,1	8,9
Outros	80	1,3	0,6	2,7	1,0	0,5	2,1	0,3	0,1	0,6	1,4	0,4	5,2	1,1	0,3	3,3	0,6	0,4	1,0
Não sabe/Não respondeu	39	0,4	0,1	1,3	0,5	0,2	1,2	1,9	0,4	9,3	0,6	0,1	2,8	0,5	0,1	1,8	1,4	0,3	5,7
Qual foi o motivo da última consulta																			
Revisão e/ou prevenção	2.172	28,0	23,2	33,4	35,1	30,4	40,1	40,2	35,1	45,6	41,6	35,5	47,9	32,0	26,7	37,7	38,3	34,9	41,8
Dor	748	17,9	13,7	23,1	10,0	7,4	13,4	14,3	10,3	19,5	13,1	9,5	17,8	16,3	13,5	19,6	14,1	11,4	17,3
Extração	708	26,0	21,1	31,6	17,5	14,4	20,9	6,1	3,8	9,8	7,7	5,2	11,3	11,6	9,1	14,6	9,6	7,7	11,9
Tratamento	2.082	26,1	21,0	31,9	33,4	28,8	38,3	33,4	27,7	39,6	34,5	28,8	40,7	36,8	31,2	42,8	33,1	29,5	37,0
Outros	152	1,3	0,5	3,2	3,2	1,7	5,8	3,6	1,8	7,2	2,2	1,2	4,2	2,5	1,4	4,2	3,1	1,9	5,2
Não sabe/Não respondeu	51	0,8	0,2	2,7	0,9	0,4	1,8	2,3	0,6	8,5	0,9	0,3	3,2	0,9	0,2	3,5	1,8	0,6	5,3

Fonte: SB Brasil 2010 (Brasil, 2012).

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

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

Fonte: SB Brasil 2010 (Brasil, 2012).

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

	n	Região															Brasil		
		Norte			Nordeste			Sudeste			Sul			Centro-Oeste			%	IC (95%)	
		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)				
L.I.	L.S.	L.I.	L.S.	L.I.	L.S.	L.I.	L.S.	L.I.	L.S.	L.I.	L.S.	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	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.	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 consulta com dentista, 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.

Meta

O ideal é que cada beneficiário com 2 anos ou mais de idade faça uma consulta anual com dentista.

A meta é atingir 80% do ideal, ou seja, um resultado igual ou superior a 0,8 consultas odontológicas por beneficiário, no período considerado.

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado \leq 0,2	0
$0,2 <$ Resultado $<$ 0,8	$0 < V < 1$
Resultado \geq 0,8	1

$$V = ((0,2 < \text{Resultado} < 0,8) - 0,2) / 0,6$$

Fonte de Dados

TISS e SIB

Observação:

1 - A Operadora deverá observar o correto preenchimento do CNS – Cartão Nacional de Saúde nas guias de tratamento odontológico.

2 - Conforme estabelecido na IN nº 68, de 11 de maio de 2017, que alterou a IN nº 60, de 09 de outubro de 2015, caso a operadora apresente Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado será aplicada a pontuação zero ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados.

Numerador: Códigos TUSS nas guias de tratamento odontológico 81000065 (Consulta odontológica inicial) e 81000030 (Consulta Odontológica) para o beneficiário univocamente identificado pelo número CNS, com 2 anos ou mais de idade na data da consulta. (soma da quantidade de 1ª consulta no ano).

Denominador: Média anual de beneficiários com 2 anos ou mais de idade, que possuam plano com a segmentação odontológica - Sistema de Informação de Beneficiários (SIB)

Ações esperadas

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 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.

2.5 Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica (PESO 1)

Nomenclatura Simplificada

Acesso ao Dentista

Conceito

O indicador analisa de forma combinada a dispersão e a utilização dos serviços odontológicos que compõem a rede da operadora.

A Dispersão da Rede Assistencial Odontológica representa a proporção dos municípios listados na área de atuação dos produtos que apresentam disponibilidade de prestadores odontológicos na rede assistencial da operadora, em relação aos municípios listados na área de atuação dos produtos que apresentam previsão de cobertura assistencial odontológica.

A Utilização de Prestadores Odontológicos que compõem a Rede da Operadora representa a proporção de estabelecimentos odontológicos cadastrados na rede assistencial dos planos na área de atuação dos produtos, dentre aqueles estabelecimentos odontológicos cadastrados na rede assistencial dos planos na área de atuação dos produtos que foram efetivamente utilizados pelos beneficiários da operadora.

Método de Cálculo

$$50\% \times \frac{\text{N}^\circ \text{ de municípios com disponibilidade de prestadores odontológicos}}{\text{N}^\circ \text{ de municípios com previsão de cobertura assistencial odontológica}} + 50\% \times \frac{\text{N}^\circ \text{ de estabelecimentos odontológicos cadastrados na rede assistencial dos planos e utilizados pelos beneficiários da operadora}}{\text{N}^\circ \text{ de estabelecimentos odontológicos utilizados pelos beneficiários da operadora}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no Indicador

Área de Atuação dos Produtos - Especificação dos municípios ou UF, nos quais a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas assistenciais, de acordo com a Área de Abrangência Geográfica registrada no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS , conforme definido no anexo II da RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

A Área de Atuação corresponderá ao conjunto de municípios de todos os produtos da operadora válidos para o cálculo do indicador.

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

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.

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	Administração Pública
1015	Órgão Público do Poder Executivo Federal
1023	Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Órgão Público do Poder Executivo Municipal
1040	Órgão Público do Poder Legislativo Federal
1058	Órgão Público do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Órgão Público do Poder Legislativo Municipal
1074	Órgão Público do Poder Judiciário Federal
1082	Órgão Público do Poder Judiciário Estadual
1201	Fundo Público
1210	Consórcio Público de Direito Público (Associação Pública)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Município
5029	Representação Diplomática Estrangeira
5037	Outras Instituições Extraterritoriais

Municípios com Previsão de Cobertura Assistencial Odontológica -

Quantidade de municípios indicados na área de atuação dos produtos com disponibilidade de “Cirurgião-Dentista” ou “Equipo Odontológico” ou “Raio X Dentário” segundo 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	Administração Pública
1015	Órgão Público do Poder Executivo Federal
1023	Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Órgão Público do Poder Executivo Municipal
1040	Órgão Público do Poder Legislativo Federal
1058	Órgão Público do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Órgão Público do Poder Legislativo Municipal
1074	Órgão Público do Poder Judiciário Federal
1082	Órgão Público do Poder Judiciário Estadual
1201	Fundo Público
1210	Consórcio Público de Direito Público (Associação Pública)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Município
5029	Representação Diplomática Estrangeira
5037	Outras Instituições Extraterritoriais

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

Equipo Odontológico	Se possuir no menu "Relatórios", seção "Equipamentos", algum item com Código 80 e Equipamento "Equipo Odontológico".
Cirurgião-Dentista*	Se possuir no menu "Relatórios", seção "Ocupações (CBO)", Ocupação CIRURGIÃO-DENTISTA (em pelo menos uma especialidade).
Raio X Dentário	Se possuir no menu "Relatórios", seção "Equipamentos" algum item com Código 07 e Equipamento "RAIO X DENTÁRIO".

***CBO de Cirurgião-Dentista:**

CBO	Descrição
223204	CIRURGIÃO DENTISTA AUDITOR
223208	CIRURGIÃO DENTISTA CLÍNICO GERAL
223280	CIRURGIÃO DENTISTA DENTÍSTICA
223284	CIRURGIÃO DENTISTA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL
223212	CIRURGIÃO DENTISTA ENDODONTISTA
223216	CIRURGIÃO DENTISTA EPIDEMIOLOGISTA
223220	CIRURGIÃO DENTISTA ESTOMATOLOGISTA
223224	CIRURGIÃO DENTISTA IMPLANTODONTISTA
223228	CIRURGIÃO DENTISTA ODONTOGERIATRA
223276	CIRURGIÃO DENTISTA ODONTOLOGIA DO TRABALHO
223288	CIRURGIÃO DENTISTA ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS
223232	CIRURGIÃO DENTISTA ODONTOLOGISTA LEGAL
223236	CIRURGIÃO DENTISTA ODONTOPEDIATRA
223240	CIRURGIÃO DENTISTA ORTOPEDISTA E ORTODONTISTA
223244	CIRURGIÃO DENTISTA PATOLOGISTA BUCAL
223248	CIRURGIÃO DENTISTA PERIODONTISTA
223252	CIRURGIÃO DENTISTA PROTESIOLOGO BUCOMAXILOFACIAL
223256	CIRURGIÃO DENTISTA PROTESISTA
223260	CIRURGIÃO DENTISTA RADIOLOGISTA
223264	CIRURGIÃO DENTISTA REABILITADOR ORAL
223268	CIRURGIÃO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL
223272	CIRURGIÃO DENTISTA DE SAÚDE COLETIVA
223293	CIRURGIÃO DENTISTA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A ANS também disponibiliza em seu site planilha contendo a relação de prestadores cadastrados no CNES onde constam as informações para a verificação da dispersão de rede. Esta planilha encontra-se disponível no seguinte link: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/aplicativos-ans/manual-de-instalacao-historico-de-versao-e-outros-arquivos-rps>, onde no final da página poderão observar o item "Arquivos CNES".

Estabelecimentos odontológicos cadastrados na rede assistencial dos planos da operadora - Prestadores odontológicos classificados como "demais

estabelecimentos” ou “serviço de alta complexidade” localizados na área de atuação dos produtos, cadastrados na rede da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS.

Estabelecimentos odontológicos utilizados pelos beneficiários da operadora - Prestadores odontológicos, localizados na área de atuação dos produtos conforme Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS e informados no Sistema de Troca de Informações na Saúde Suplementar - TISS em decorrência da sua utilização pelos beneficiários da operadora. Serão considerados, inclusive, estabelecimentos que não estejam vinculados à rede assistencial da própria operadora, em atendimento às disposições da RN 259/2011.

Serão considerados como prestadores odontológicos aqueles que apresentem atendimentos em “Tipo de Guia 4 – Tratamentos Odontológicos”.

Os atendimentos com “Origem de Guia 4 – Reembolso” e “Tipo de Guia 4 – Tratamentos Odontológicos”, serão considerados quando NÃO houver indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para consultas odontológicas e/ou exames odontológicos complementares e/ou prevenção odontológica e/ou periodontia e/ou dentística e/ou endodontia e/ou cirurgia odontológica ambulatorial e/ou procedimentos não pertencentes ao Rol Odontológico no Sistema de Registro de Produtos - RPS.

Serão consideradas as informações de todos os prestadores odontológicos que compuseram a rede assistencial da operadora utilizada e/ou cadastrada no

período de 12 meses do ano base. O cruzamento das informações levará em consideração o número do CNPJ/CPF do prestador.

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 como livre escolha de prestadores.

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

Na parcela de “utilização” do método de cálculo, serão desconsiderados como prestadores odontológicos aqueles que apresentem todos os atendimentos com “Tipo de Guia 4 – Tratamentos Odontológicos” e “Origem de Guia 4 – Reembolso”, desde que haja indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para consultas odontológicas e/ou exames odontológicos complementares e/ou prevenção odontológica e/ou periodontia e/ou dentística e/ou endodontia e/ou cirurgia odontológica ambulatorial e/ou procedimentos não pertencentes ao Rol Odontológico no Sistema de Registro de Produtos.

Interpretação do Indicador

O indicador é composto e verifica tanto a disponibilidade de prestadores odontológicos na área prevista para cobertura assistencial definida nos produtos das operadoras, quanto a utilização dos prestadores odontológicos que de fato

compõem a rede da operadora, conforme cadastrado no sistema de registro de produtos.

Assim, quanto maior o resultado do indicador, maior a dispersão da rede e a utilização dos prestadores odontológicos cadastrados na rede assistencial da operadora.

Usos

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

Verificar a utilização de prestadores odontológicos que não compõem a rede da operadora, apontando o uso de alternativas para o atendimento (RN 259/2011).

Meta

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

Atingir 100% dos atendimentos odontológicos em prestadores cadastrados na rede da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS.

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado = 0%	0
$0\% < \text{Resultado} < 100\%$	$0 < V < 1$
Resultado = 100%	1

$V = (\text{Resultado da Fórmula})/100$

Fonte

RPS - Sistema de Registro de Planos de Saúde

MS/DATASUS/CNES

TISS - Sistema de Troca de Informações na Saúde Suplementar

Observação: Conforme estabelecido na IN nº 68, de 11 de maio de 2017, que alterou a IN nº 60, de 09 de outubro de 2015, caso a operadora apresente Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado será aplicada a pontuação zero ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados.

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.

Estruturar a rede de prestadores de serviços de saúde de forma que os prestadores odontológicos nos quais a operadora oferece atendimento aos seus beneficiários sejam, de fato, aqueles cadastrados no Sistema RPS da ANS.

Melhorar a qualidade de informação da rede de prestadores de serviços de saúde não hospitalares no RPS.

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.

Problemas referentes à qualidade dos dados cadastrais do prestador no RPS e/ou dos dados informados no TISS.

Em produtos com abrangência diferente de nacional, o indicador não evidenciará todos os atendimentos realizados, uma vez que a verificação ocorrerá apenas na área de atuação dos produtos.

Referências

BRASIL/ANS. Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações, dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências.

.....Instrução Normativa (IN) DIPRO nº 23, de 1º de dezembro de 2009, alterada pela IN DIPRO nº 28, de 29 de julho de 2010, dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos, previstos na Resolução Normativa -RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004.

.....Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.

.....Resolução Normativa - RN nº 305, de 9 de outubro de 2012, estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde

Suplementar- Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde.

2.6 Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Atributo de Qualidade (PESO 1)

Nomenclatura Simplificada

Qualidade de Hospitais

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, comparativamente ao total de utilização da rede da operadora. A rede avaliada é a hospitalar. Os atributos de qualidade são os definidos no Anexo V da RN 405/2016, conferidos e/ou informados por Entidades participantes do QUALISS.

Serão considerados para cálculo deste indicador os seguintes atributos de qualidade que estiverem disponíveis em 31 de dezembro do ano-base do IDSS avaliado:

Quadro 1:

Rede	Atributo de Qualidade	Ícone	Legenda
Hospitais	Acreditação	A	Programa de Acreditação
	PM-QUALISS	Q	Qualidade Monitorada

Método de Cálculo

Total de Utilização de rede de Hospitais com atributo de qualidade
Total de Utilização de rede de Hospitais

Ou seja,

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

Onde,

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

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

Sendo:

U= Utilização por prestador i (nº de guias TISS)

A= Atributo de Qualidade da Rede em 31 de dezembro; se a rede prestadora possui um dos atributos de qualidade do Quadro 1, então, $A_i = 1$, senão, $A_i = 0$

UT= Total de Utilização de rede com atributo de qualidade

URQ= Frequência de utilização de rede qualificada (prestador com atributo de qualidade)

UNQ= Utilização não qualificada

PNQ = Prestador não qualificado

Definição de termos utilizados no indicador

Total de Utilização de rede de Hospitais com atributo de qualidade – É a soma do número de guias TISS dos prestadores elencados no quadro 1 e que possuam os respectivos atributos de qualidade.

Total de Utilização de rede de Hospitais- É a soma do número de guias TISS de todos os prestadores hospitalares.

Interpretação do Indicador

Permite avaliar frequência com que os beneficiários são atendidos em hospitais, 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 sua rede prestadora de serviços.

Meta

A meta é atingir 80% da mediana do setor (MS) para a frequência de utilização de prestadores com atributo de qualidade (URQ) no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS.

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado \leq 20%MS	0
20%MS < Resultado < 80% MS	$0 < V < 1$
Resultado \geq 80% MS	1

$$V = ((MS \times 0,20 < \text{Resultado} < MS \times 0,80) - MS \times 0,20) / (MS \times 0,8 - MS \times 0,2)$$

Fontes de dados

Numerador

- TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)
 - Hospitais: Guias do tipo de resumo de internação por hospital, por prestador;
- RPS - Sistema de Registro de Planos de Saúde
- QUALISS – prestador com atributo de qualidade.

Denominador

- TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)
 - Hospitais: Guias do tipo de resumo de internação por hospital, por prestador.
- RPS - Sistema de Registro de Planos de Saúde

Observação: Conforme estabelecido na IN nº 68, de 11 de maio de 2017, que alterou a IN nº 60, de 09 de outubro de 2015, caso a operadora apresente Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado será aplicada a pontuação zero ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados.

Ações esperadas para causar impacto positivo no indicador

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

Limitações e Vieses

Não serão considerados neste indicador a utilização de rede que não esteja registrada no RPS para a operadora.

Dificuldade de atualização dos atributos de qualidade.

Desatualização da rede prestadora no RPS, podendo gerar inconsistências entre a rede informada à ANS e a efetivamente oferecida aos beneficiários.

Referências

BRASIL/ANS. Resolução Normativa - RN nº 405, de 10 de maio de 2016, e seus anexos, dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS.

..... Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de Dezembro de 2004, e suas posteriores alterações, dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências.

..... Instrução Normativa (IN) DIPRO nº 23, de 1º de dezembro de 2009, alterada pela IN DIPRO nº 28, de 29 de julho de 2010, dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos, previstos na Resolução Normativa -RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004.

2.7 Frequência de Utilização de Rede de SADT com Atributo de Qualidade (PESO 1)

Nomenclatura Simplificada

Qualidade de Laboratórios

Conceito

Mostra a proporção de utilização pelos beneficiários da operadora, de rede com Atributo de Qualidade, conforme o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, nos termos da Resolução Normativa 405/2016, comparativamente ao total de utilização da rede da operadora. As redes avaliadas são a rede de serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento (SADT). Os atributos de qualidade são os definidos no Anexo V da RN 405/2016, conferidos e/ou informados por Entidades participantes do QUALISS.

Serão considerados para cálculo deste indicador os seguintes atributos de qualidade que estiverem disponíveis em 31 de dezembro do ano-base do IDSS avaliado:

Quadro 1:

Rede	Atributo de Qualidade	Ícone	Legenda
SADT	Acreditação	A	Programa de Acreditação
	PM-QUALISS	Q	Qualidade Monitorada

Método de Cálculo

Total de Utilização de rede SADT com atributo de qualidade
Total de Utilização de rede de SADT

Ou seja,

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

Onde,

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

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

Sendo:

U= Utilização por prestador i (nº de guias TISS)

A= Atributo de Qualidade da Rede em 31 de dezembro; se a rede prestadora possui um dos atributos de qualidade do Quadro 1, então, $A_i = 1$, senão, $A_i = 0$

UT= Total de Utilização de rede com atributo de qualidade

URQ= Frequência de utilização de rede qualificada (prestador com atributo de qualidade)

UNQ= Utilização não qualificada

PNQ = Prestador não qualificado

Definição de termos utilizados no indicador

Total de Utilização de rede de SADT com atributo de qualidade – É a soma do número de guias TISS dos prestadores elencados no quadro 1 e que possuam os respectivos atributos de qualidade.

Total de Utilização de rede de SADT - É a soma do número de guias TISS de todos os prestadores de SADT.

Interpretação do Indicador

Permite avaliar frequência com que os beneficiários são atendidos em serviços de SADT 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 sua rede prestadora de serviços.

Meta

A meta é atingir 80% da mediana do setor (MS) para a frequência de utilização de prestadores com atributo de qualidade (URQ) no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS.

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado ≤ 20%MS	0
20%MS < Resultado < 80% MS	0 < V < 1
Resultado ≥ 80% MS	1

$$V = ((MS \times 0,20 < \text{Resultado} < MS \times 0,80) - MS \times 0,20) / (MS \times 0,8 - MS \times 0,2)$$

Fontes de dados

Numerador

- TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)
 - SADT : Guias de SADT independente da vinculação à internação
 - Guias de tratamento odontológico
- RPS - Sistema de Registro de Planos de Saúde
- QUALISS – prestador com atributo de qualidade.

Denominador

- TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)
 - SADT : Guias de SADT independente da vinculação à internação
 - Guias de tratamento odontológico
- RPS - Sistema de Registro de Planos de Saúde

Observação: Conforme estabelecido na IN nº 68, de 11 de maio de 2017, que alterou a IN nº 60, de 09 de outubro de 2015, caso a operadora apresente Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado será aplicada a pontuação zero ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados.

-

Ações esperadas para causar impacto positivo no indicador

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

Limitações e Vieses

Não serão considerados neste indicador a utilização de rede que não esteja registrada no RPS para a operadora.

Dificuldade de atualização dos atributos de qualidade.

Desatualização da rede prestadora no RPS, podendo gerar inconsistências entre a rede informada à ANS e a efetivamente oferecida aos beneficiários.

Referências

BRASIL/ANS. Resolução Normativa - RN nº 405, de 10 de maio de 2016, e seus anexos, dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS.

..... Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de Dezembro de 2004, e suas posteriores alterações, dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências.

..... Instrução Normativa (IN) DIPRO nº 23, de 1º de dezembro de 2009, alterada pela IN DIPRO nº 28, de 29 de julho de 2010, dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos, previstos na Resolução Normativa -RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004.

2.8 Índice de efetiva comercialização de planos individuais (BÔNUS até 10%)

Nomenclatura Simplificada

Acesso à contratação individual

Conceito

Crescimento de beneficiários titulares na carteira de planos individuais regulamentados.

Método de Cálculo

O cálculo dependerá do atingimento das metas estabelecidas para crescimento da carteira de beneficiários titulares de planos individuais. A fórmula de cálculo para elegibilidade ao bônus é dada a seguir:

Crescimento da Carteira de beneficiários titulares:

$$\text{Crescimento da Carteira de beneficiários} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ Ben.Tit.planos indiv}_{ano} - \text{N}^{\circ} \text{ Ben.Tit.planos indiv}_{ano-1}}{\text{N}^{\circ} \text{ Benef.planos individuais}_{ano-1}}$$

Observação: Este indicador (bônus) não se aplica às operadoras da modalidade de autogestão.

Definição de termos utilizados no Indicador

Nº Beneficiários titulares em planos individuais – Média do número de beneficiários titulares em planos individuais regulamentados no ano-base avaliado (ano) e no ano-base anterior (ano-1).

Interpretação do indicador

Permite medir a efetiva oferta de planos individuais para potenciais beneficiários, por meio do ingresso líquido de beneficiários titulares.

Usos

Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde a retomarem a oferta de planos individuais.

Com o fenômeno do envelhecimento populacional, ocasionado pela queda da taxa de fecundidade, diminuição da mortalidade e aumento da longevidade, haverá um aumento do contingente de idosos na pirâmide populacional, os quais demandarão maior leque de serviços de saúde.

Neste cenário de envelhecimento da população brasileira, o sistema público de saúde poderá sofrer uma sobrecarga da população de idosos.

Assim, a oferta de planos individuais pelas operadoras é fundamental para garantir a permanência e/ou o ingresso dos consumidores, uma vez que este contingente de idosos muito provavelmente não estará mais no mercado formal de trabalho, sem acesso aos planos coletivos.

A taxa de crescimento estimada para beneficiários em planos de saúde individuais está em linha com o crescimento populacional: patamares de 1,4% a.a. para população com 18 anos ou mais, conforme estimativas do IBGE (média da taxa de crescimento para período de 2018 a 2021) (IBGE, 2013).

Com relação ao setor odontológico (operadoras exclusivamente odontológicas e médico-hospitalares com produtos exclusivamente odontológicos), observou-se que o crescimento médio de dezembro/2011 a junho/2018 para planos exclusivamente odontológicos foi de aproximadamente 4,7% ao ano. Este crescimento, superou largamente o desempenho da carteira de planos individuais médico-hospitalares que apresentou, em igual período (entre dezembro de 2011 a junho de 2018), um crescimento de apenas 0,1% ao ano, de acordo com as informações do Sistema de Informações de Beneficiários – SIB.

Meta

A meta é atingir um crescimento da Carteira de beneficiários titulares em planos individuais regulamentados de:

- Para operadoras exclusivamente médico-hospitalares: 1,5% a.a..
- Para operadoras exclusivamente odontológicas: 4,0% a.a..

Para operadoras médico-hospitalares que atuam no setor odontológico: atingir uma das metas indicadas, de acordo com a carteira MH ou OD. O bônus final será uma ponderação entre o número de beneficiários MH (peso 2) e OD (peso 1) pelos percentuais obtidos.

Pontuação

Para operadoras exclusivamente médico-hospitalares:

Indicador	Pontuação Bônus OPS MH
Resultado	Valor
Crescimento \geq 1,5%	10%
0,75% < Crescimento < 1,5%	v
Crescimento \leq 0,75%	0%

$$v = (\text{crescimento} - 0,0075) / 0,0075 * 0,10$$

Para operadoras exclusivamente odontológicas:

Indicador	Pontuação Bônus OPS OD
Crescimento \geq 4,0%	10%
2,0 % < Crescimento < 4,0%	v
Crescimento \leq 2,0%	0%

$$v = (\text{crescimento} - 0,02) / 0,02 * 0,10$$

Para operadoras MH que operam planos exclusivamente odontológicos:

Indicador	Pontuação Bônus OPS MH + OD
(Proporção reponderada (peso 2) de beneficiários em planos MH no ano-base (média) * bônus MH) + (Proporção reponderada (peso 1) de beneficiários em planos OD no ano-base (média) * bônus OD)	Até 10%

Exemplo:

	MH (peso 2)	OD (peso 1)	Total
Média de beneficiários no ano-base	300.000	100.000	400.000
Proporção da carteira	75%	25%	100%
Proporção reponderada para efeito de pontuação	85,7%*	14,3%	100%
Crescimento de beneficiários no ano-base (em relação ao ano anterior)	1,30%	3,00%	
Bônus	7,33%	5,00%	7,00%

*85,7% = $(75\% \times 2) / [(75\% \times 2) + (25\% \times 1)]$

O bônus obtido será aplicado à dimensão através da seguintes forma:

Resultado do IDGA + (IDGA* BÔNUS)

Fonte de dados

SIB – Sistema de Informações de Beneficiários;

RPS – Sistema de Registro de Planos de Saúde; e

Ações esperadas

Aprimoramento contínuo do processo de troca de informações na saúde suplementar.

Uso de informações da saúde suplementar nas iniciativas de avaliação e monitoramento do desempenho e desenvolvimento do setor para regulação.

Limitações e vieses

Este indicador pode ser influenciado por operações que envolvam alienação total ou parcial da carteira de planos individuais.

Em determinadas regiões do país o crescimento populacional pode restringir o crescimento da carteira de planos individuais da operadora.

A demanda por planos de saúde é explicada principalmente pela renda per capita familiar. Portanto, operadoras sediadas em regiões com severa limitação de renda podem ter maior dificuldade de promover o crescimento da carteira.

Referências

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. População Brasileira projetada de 2000 a 2060. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. 2013. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm>

ANDRADE, M.V.; MAIA, A.C.M.. **Demanda por planos de saúde no Brasil.** Encontro ANPEC - Associação Nacional dos Centros de Pós-Graduação em Economia - Economia Social e Demografia Econômica, Salvador, 2006.

3 INDICADORES DA DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE NO MERCADO – IDSM

3.1 Índice de Recursos Próprios (PESO 3)

Nomenclatura Simplificada

Solidez do seu Plano de Saúde

Conceito

Razão entre o patrimônio líquido (com ajustes por efeitos econômicos) e os compromissos da operadora no longo prazo.

Método de Cálculo

$$\text{IRP} = \frac{\text{Patrimônio Líquido Ajustado}}{\text{Recurso Próprio Mínimo}}$$

Definição de termos utilizados no Indicador

Patrimônio Líquido Ajustado - Patrimônio Líquido (Patrimônio Social), informado no DIOPS, com ajustes por efeitos econômicos definidos na Instrução Normativa DIOPE – IN n.º 50, de 23/11/2012, excetuando os incisos I, II e III do art. 2º.

Recurso Próprio Mínimo - maior valor entre o Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA) e a exigência integral de Margem de Solvência (MS).

Interpretação do Indicador

Este indicador propõe refletir a capacidade da operadora em honrar seus compromissos no 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 o Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA) e a exigência integral 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, e os valores efetivamente contabilizados pelas operadoras.

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

Usos

Avaliar o percentual de suficiência das operadoras, em relação ao valor de Margem de Solvência desejada (valor integral exigido).

Meta

A pontuação do indicador IRP da operadora deve ser pelo menos igual a 1.

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Operadoras irregulares com exigência de PMA/MS *	0
Resultado < 95%	V
$95\% \leq \text{Resultado} < 100\%$	0,95
$100 \leq \text{Resultado} < 200\%$	0,98
$200 \leq \text{Resultado} < 300\%$	0,99
Resultado $\geq 300\%$	1

V=IRP= Resultado da Fórmula

Fonte de dados

DIOPS

Numerador: Conta 25 (DIOPS) + ajustes, definidos na Instrução Normativa DIOPE – IN n.º 50, de 23/11/2012, excetuando os incisos I, II e III do art. 2º.

Denominador: Maior valor entre o Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA) e a exigência integral de Margem de Solvência (MS), conforme RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 209, DE 22/12/2009, considerando sua integralidade.

Ações esperadas

Incentivar a robustez financeira da operadora no longo prazo, protegendo seu patrimônio e, conseqüentemente, contribuindo com a continuidade da sua atividade e do atendimento aos beneficiários.

Limitações e Vieses

O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade financeira da operadora.

Referências

BRASIL/ANS. Resolução Normativa - RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009, dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

.....Instrução Normativa DIOPE – IN n.º 50, de 23 de novembro de 2012, define os ajustes por efeitos econômicos no patrimônio da operadora, a ser considerado para fins de Margem de Solvência e Patrimônio Mínimo Ajustado.

3.2 Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar (PESO 2)

Nomenclatura Simplificada

Resolução de Queixas do Cliente

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 e não assistencial, com data de atendimento no ano base, antes da instauração do processo administrativo.

Método de Cálculo

Total de demandas NIP assistenciais e não assistenciais classificadas como: RVE, INATIVA e NP	x 100
Total de demandas NIP assistenciais e não assistenciais classificadas como: RVE, INATIVA, NP e Núcleo	

Definição de termos utilizados no Indicador

NIP assistencial - a notificação que terá como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial.

NIP não assistencial - a notificação que terá como referência outros temas que não a cobertura assistencial, desde que o beneficiário seja diretamente afetado pela conduta e a situação seja passível de intermediação.

Demandas Classificadas - são as que receberam a devida classificação e não estão mais em andamento no dispositivo NIP, as classificações NIP, utilizadas no cálculo da taxa de resolutividade 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. 10 da RN nº 388 de 25/11/2015.
- **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 e não 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 e garantia dos outros direitos do beneficiário;
- Correção de condutas infrativas por parte da operadora.

Meta

Taxa de Resolutividade (TR) igual ou superior a 90,0%.

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado < 70%	0,00
70% ≤ Resultado < 75%	0,20
75% ≤ Resultado < 80%	0,40
80% ≤ Resultado < 85%	0,60
85 ≤ Resultado < 90%	0,80
Resultado ≥ 90,0 %	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

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Resolução Normativa nº 388, de 25 de novembro de 2015, dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias.

3.3 Índice Geral de Reclamação (IGR) – (PESO 1)

Nomenclatura Simplificada

Reclamações Gerais do Cliente

Conceito

Número médio de reclamações de beneficiários de planos privados de saúde, que recorreram à ANS, no período dos doze meses do ano base. O índice é apresentado tendo como referência cada 10.000 beneficiários do universo de beneficiários analisado. Para cálculo do indicador são incluídas somente as reclamações recebidas nos doze meses do ano base e classificadas até a data de extração do dado.

Método de cálculo

$$\left[\frac{\text{Total de Demandas NIP Classificadas: (RVE, INATIVA, NÚCLEO e NP)}}{\text{(Média do número de beneficiários dos doze meses do ano base)}} \times 10.000 \right] / 4$$

Definição dos termos utilizados no cálculo

Demandas Classificadas - são as que receberam a devida classificação e não estão mais em andamento no dispositivo NIP, as classificações NIP, utilizadas no cálculo do Índice Geral de Reclamação 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. 10º da RN nº 388 de 25/11/2015.

- **INATIVA** - Resolvida ou sem resposta do consumidor no prazo de 10 dias*.
- **NP** – Demandas não procedentes.
- **Média do número de beneficiários:** calculado utilizando as datas de contratação e cancelamento (rescisão do contrato) do plano de saúde atual do beneficiário, informadas ao Sistema de Informações de Beneficiários (SIB). Este procedimento garante que todo beneficiário será computado, independentemente do momento em que a operadora envia o cadastro à ANS. Por outro lado, faz com que a informação seja permanentemente atualizada, tornando-a sempre provisória.

Interpretações do indicador

O presente indicador é uma medida indireta (proxy) da (in)satisfação do beneficiário em relação a sua operadora, seja em relação a questões de cobertura assistencial ou outros direitos do beneficiário.

Usos

- Diminuição do número de reclamações registradas em face das operadoras junto à ANS;
- Garantia da cobertura assistencial e garantia dos outros direitos do beneficiário;
- Correção de condutas infrativas por parte da operadora; e

- Estímulo às Operadoras para uma melhor atuação no mercado e a investirem na melhoria do relacionamento com os beneficiários e equacionamento de eventuais problemas ou dúvidas, via centrais de atendimento e ouvidorias.

Meta

A meta para este indicador foi estipulada com base no percentil 2, aplicando o IGR para o ano de 2016.

Dessa forma, a meta é de 2,12 reclamações para cada conjunto de 10.000 beneficiários.

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
$IGR \leq \text{Meta}$	1,00
$\text{Meta} < IGR \leq \text{Meta} * 1,10$	0,95
$\text{Meta} * 1,10 < IGR \leq \text{Meta} * 1,20$	0,90
$\text{Meta} * 1,20 < IGR \leq \text{Meta} * 1,30$	0,85
$\text{Meta} * 1,30 < IGR \leq \text{Meta} * 1,40$	0,80
$\text{Meta} * 1,40 < IGR \leq \text{Meta} * 1,50$	0,75
$\text{Meta} * 1,50 < IGR \leq \text{Meta} * 1,60$	0,70
$\text{Meta} * 1,60 < IGR \leq \text{Meta} * 1,70$	0,65
$\text{Meta} * 1,70 < IGR \leq \text{Meta} * 1,80$	0,60
$\text{Meta} * 1,80 < IGR \leq \text{Meta} * 1,90$	0,55
$\text{Meta} * 1,90 < IGR \leq \text{Meta} * 2,00$	0,50
$\text{Meta} * 2,00 < IGR \leq \text{Meta} * 2,10$	0,45
$\text{Meta} * 2,10 < IGR \leq \text{Meta} * 2,20$	0,40
$\text{Meta} * 2,20 < IGR \leq \text{Meta} * 2,30$	0,35
$\text{Meta} * 2,30 < IGR \leq \text{Meta} * 2,40$	0,30
$\text{Meta} * 2,40 < IGR \leq \text{Meta} * 2,50$	0,25
$\text{Meta} * 2,50 < IGR \leq \text{Meta} * 2,60$	0,20
$\text{Meta} * 2,60 < IGR \leq \text{Meta} * 2,70$	0,15
$\text{Meta} * 2,70 < IGR \leq \text{Meta} * 2,80$	0,10
$\text{Meta} * 2,80 < IGR \leq \text{Meta} * 2,90$	0,05
$IGR > \text{Meta} * 2,90$	0,00

Fonte de dados

SIF - Sistema Integrado de Fiscalização.

SIB – Sistema de Informações de Beneficiários.

Ações esperadas

Aprimoramento das ações orientadoras e sancionadoras da ANS sobre as operadoras com alto índice geral de reclamações.

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.
- O indicador não avalia as Administradoras de Benefícios.

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

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Resolução Normativa nº 388, de 25 de novembro de 2015, dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias.

3.4 Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos – (PESO 1)

Nomenclatura Simplificada

Preço do plano de Saúde

Conceito

Razão entre a quantidade de Notas Técnicas de Registro de Produtos (NTRP) com valores comerciais nas primeira, sétima e décima faixas etárias abaixo do limite inferior estatístico e o total de NTRP's associadas a planos ativos em comercialização pela operadora.

Método de cálculo

Razão entre as NTRP's associadas a planos ativos em comercialização da operadora abaixo do limite inferior e o total de NTRP's associadas a planos ativos em comercialização da operadora.

NTRP's associadas a planos ativos em comercialização da Operadora abaixo do limite inferior
Total de NTRP's associadas a planos ativos em comercialização da Operadora

Definição dos termos utilizados no cálculo

Numerador - Quantidade de notas técnicas de registro de produtos (NTRP's), no período da análise, com VCM (Valor Comercial da Mensalidade) nas primeira, sétima e décima faixas etárias, abaixo do limite inferior.

Este limite será calculado pela média do prêmio puro (coluna K) dos trinta grupos formados pela combinação dos quatro fatores de precificação: contratação (Individual, Empresarial, Adesão), cobertura (Ambulatorial, Amb+Hosp,

Hospitalar), presença ou não de fator moderador, tipo de acomodação (coletiva ou individual).

Denominador - Total de notas técnicas de registro de produto (NTRP's) associadas a planos ativos em comercialização no período de análise.

Interpretações do indicador

A NTRP demonstra os custos com a prestação dos serviços de assistência em cada faixa etária e os seus valores comerciais a serem praticados. O cálculo adequado desse valor determina a sustentabilidade econômico-financeira de longo prazo do mercado de planos de saúde. O resultado do cálculo deste indicador pode apontar para a prática de precificação predatória pela operadora na comercialização de produtos. Entende-se, por esta prática, a aplicação de preços abaixo de seu valor definido atuarialmente, o que pode comprometer a sustentabilidade da operação.

Não existe limite máximo para a definição do VCM. É importante ressaltar que se está comparando o valor de comercialização (coluna T) com o prêmio puro (coluna K), que desconsidera despesas não assistenciais (ex. despesas administrativas, despesas comerciais) e a margem de lucro da operadora.

Usos

Avaliar a prática de *dumping* no mercado.

Parâmetros, dados estatísticos e recomendações

A análise do VCM é feita dentro de cada um dos trinta grupos formados pela combinação dos quatro fatores de precificação: contratação (Individual, Empresarial, Adesão), cobertura (Ambulatorial, Amb+Hosp, Hospitalar), presença ou não de fator moderador, tipo de acomodação (coletiva ou individual). Para o tratamento dos dados, são excluídos do cálculo da média do prêmio puro (coluna K) os valores considerados discrepantes ("outliers"), utilizando-se como critério o boxplot 1,5, ou seja, valores inferiores ou superiores ao intervalo interquartil de 1,5.

Meta

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

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado $\geq 0,95$	0
$0,05 < \text{Resultado} < 0,95$	$0 < (1 - V) < 1$
Resultado $\leq 0,05$	1

$$V = ((0,05 < \text{Resultado da fórmula} < 0,95) - 0,05) / (0,90)$$

Fonte de dados

NTRP - Nota Técnica de Registro de Produtos

RPS - Sistema de Registro de Planos de Saúde

Ações esperadas

Estimular as operadoras a reavaliarem a suficiência dos preços de seus produtos.

Limitações e vieses

Planos odontológicos e planos com modalidade de financiamento pós-estabelecido não serão avaliados, uma vez que não possuem obrigatoriedade do envio de NTRP. Portanto, operadoras que só operem planos nestas modalidades não serão avaliadas neste indicador.

Referências

BRASIL/ANS. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 28, de 26 de junho de 2000, institui a Nota Técnica de Registro de Produto.

.....Resolução normativa (RN) nº 100, de 3 de junho de 2005, altera a RN nº 85, de 7 de dezembro de 2005 e dá

3.5 Pesquisa de Satisfação de Beneficiário (PONTUAÇÃO BASE 0,25)

Nomenclatura Simplificada

Satisfação do Cliente/Paciente

Conceito

Pontuação base acrescida ao resultado do Índice de Desempenho de Sustentabilidade do Mercado (IDSM), para as Operadoras que realizarem a Pesquisa de Satisfação de Beneficiário no ano base, com divulgação dos resultados no portal eletrônico e comunicação à ANS.

O documento técnico específico com os critérios técnicos e diretrizes para a execução, auditoria e divulgação da pesquisa é divulgado no portal eletrônico da ANS.

Método de cálculo

- a) Para as Operadoras que realizarem e divulgarem a pesquisa referente ao ano-base, conforme os critérios definidos e divulgados pela ANS, até a data de corte do IDSS relativo ao ano-base avaliado.

$$(PONTUAÇÃO\ BASE + IDSM) \leq 1$$

Onde:

Pontuação Base = 0,25 (referente à realização, divulgação no portal eletrônico e comunicação da pesquisa à ANS)

IDSM = Média ponderada dos índices de desempenho dos indicadores da dimensão, calculada através da seguinte fórmula:

$$IDSM = \frac{\sum_{i=1}^n ID_i * P_i}{\sum_{i=1}^n P_i}$$

Onde:

n = quantidade de índices na dimensão

ID_i = Índice de Desempenho do Indicador i=1, 2, 3... n

P_i = Peso do Indicador i

Observações: O resultado final do IDSM acrescido da pontuação base não poderá ultrapassar o valor 1 (um)

b) Para as Operadoras que não realizarem ou não divulgarem a pesquisa referente ao ano-base até a data de corte do IDSS relativo ao ano-base avaliado:

IDSM = Média ponderada dos índices de desempenho dos indicadores da dimensão.

Interpretação do Indicador

O objetivo da realização de uma Pesquisa de Satisfação de Beneficiários é promover a participação do beneficiário na avaliação da qualidade dos serviços oferecidos pela operadora, considerando que ele é um elemento fundamental na tríade da regulação da saúde suplementar (operadoras, beneficiários e prestadores).

Isto se justifica porque o beneficiário é o destinatário final dos serviços oferecidos pela operadora e quem sofre todas as consequências decorrentes destes serviços.

Com os resultados da pesquisa é possível obter informações mais próximas da realidade, para fundamentar políticas e programas de indução de qualidade formuladas pela ANS. Para a Operadora, a pesquisa pode indicar caminhos para as suas decisões de negócios e forma de atuação, visando aumentar a qualidade dos seus serviços e obter mais eficiência.

A Pesquisa de Satisfação também constituirá um sistema de informações que capta a voz do beneficiário, através da avaliação da performance da Operadora a partir do ponto de vista do beneficiário.

Com este indicador pretende-se valorizar as Operadoras que realizarem e divulgarem a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários garantindo 0,25 na pontuação do IDSM.

Ainda, há suporte empírico para comprovar que elevados escores de satisfação dos clientes são acompanhados por uma rentabilidade acima da média. Ou seja, de uma maneira geral, alto nível de satisfação de clientes trariam retornos econômicos superiores às empresas.

Usos

Estimular que as Operadoras realizem e divulguem a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários e utilizem seus resultados nas suas ações de melhoria de qualidade.

Parâmetros, dados estatísticos e recomendações

Todas as pesquisas devem ser baseadas em medições científicas e representativas de forma a assegurar a exatidão e a confiabilidade dos resultados. Por este motivo, a pesquisa de satisfação dos beneficiários deve passar por auditoria independente.

A padronização das perguntas e a forma de apresentação dos resultados tem por objetivo facilitar a análise e a comparação da performance obtidas por diferentes operadoras.

Para a definição da amostra, deverão ser desconsiderados os beneficiários menores de 18 anos.

Meta

Realizar a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários e encaminhar o link da divulgação dos resultados até a data de corte do IDSS avaliado para fazer jus à pontuação relativa à realização de pesquisa de satisfação do beneficiário no IDSS do ano-base correspondente.

A realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários será facultativa. As Operadoras que optarem por realizá-la deverão seguir os requisitos mínimos e diretrizes estabelecidos no documento técnico específico divulgado no portal eletrônico da ANS.

Fonte de dados

- Comunicado encaminhado pelas Operadoras à ANS
- Portal das Operadoras

Ações esperadas

A participação do beneficiário neste processo poderá trazer insumos para aprimorar a regulação e influenciar no planejamento para melhoria contínua da qualidade dos serviços, por parte das operadoras e da própria ANS.

Uso dos resultados da pesquisa de satisfação nas suas ações de melhoria de qualidade e performance da Operadora.

Limitações e vieses

- Influência na percepção e de opinião geral do entrevistado dado a campanhas publicitárias prévias da Operadora;
- Uso de questionários e amostras tendenciosas que podem induzir à manipulação da opinião;
- Pesquisas de opinião realizadas pela internet podem não contemplar uma amostragem representativa da carteira de beneficiários da Operadora dado ao eventual acesso limitado à internet para determinado perfil de beneficiários;
- A exatidão e a confiabilidade dos resultados de uma pesquisa de opinião dependem não somente no número de pessoas entrevistadas, mas principalmente na representatividade científica da amostra dos entrevistados.

Referências

Pesquisa de satisfação de clientes: o estado-da-arte e proposição de um método brasileiro => Carlos Alberto Vargas Rossi e Luiz Antonio Slongo (1998) – disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-65551998000100007>>;

ABEP - Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa - Diretrizes Esomar Pesquisa de Opinião – disponível no site da ABEP;

.....Código Internacional para a prática de Pesquisa de Publicação de Resultados de Pesquisa de Opinião. – disponível em <http://www.abep.org/new/Default.aspx>;

.....Guia de boas práticas de incentivo aos respondentes de pesquisa de mercado e opinião – ABEP

.....CÓDIGO INTERNACIONAL ICC/ESOMAR (Jan/2008) EM PESQUISA DE MERCADO E PESQUISA SOCIAL

3.6 Autorização prévia anual para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários (Bônus 10%)

Nomenclatura Simplificada

Gestão Financeira Ativa

Conceito

Pontuação bônus atribuída ao resultado do Índice de Desempenho da Dimensão Sustentabilidade de Mercado – IDSM, para as operadoras que, no escopo da Instrução Normativa DIOPE nº 54/2017, tiverem autorização prévia anual da ANS para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários em 31/dezembro do ano base do cálculo do IDSS e mantiverem tal autorização até a data do processamento do IDSS.

Método de Cálculo

Resultado do IDSM + (IDSM*0,10)

*Observação: Pontuação bônus = pontuação calculada especificamente para cada operadora que tenha a autorização prévia anual para a movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários.

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

Interpretação da Pontuação Bônus

Bonifica a operadora que em 31/dezembro do ano base de cálculo do IDSS tenha a autorização prévia anual da ANS para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários, elevando a pontuação do IDSM.

Se entre 31/dezembro do ano base do cálculo do IDSS e a data de processamento do IDSS a operadora tenha a autorização de movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários suspensa, esta não será elegível à pontuação bônus no IDSM.

Usos

Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde obtenham a autorização prévia anual para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários.

Os requisitos para que a Operadora obtenha a autorização prévia anual para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários são os definidos na IN DIOPE nº 54 de 10/abril/2017. Entre eles: (1) abstenção de aplicação em fundos de investimentos dedicado ao setor de saúde suplementar; (2) atendimento a padrões de transparência e divulgação de práticas de governança corporativa; (3) não ter se encontrado em regime especial nos 12 (doze) meses anteriores ao requerimento; (4) não ter apresentado insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde.

Todos os requisitos estão definidos na IN DIOPE nº 54 de 10/abril/2017.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Instrução Normativa DIOPE nº 54 de 10 de abril de 2017, estabelece hipótese de autorização prévia anual para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários.

3.7 Índice de Reajuste Médio Ponderado aplicado aos Planos Coletivos (PESO 0)

Nomenclatura Simplificada

Moderação de Reajustes

Conceito

Avaliar a dispersão de reajustes aplicados a contratos coletivos na carteira da operadora, e o desvio à direita em relação a um índice de reajuste de contratos coletivos (apurado via sistema de Reajustes de Planos Coletivos - RPC para o ano-base).

Método de Cálculo

O cálculo do indicador é composto por dois fatores:

Média ponderada dos reajustes aplicados em contratos coletivos no ano-base por operadora:

$$\frac{\sum(\text{Reajuste aplicado no contrato} \times n^{\circ} \text{ benef. no contrato}_{ano})}{\sum N^{\circ} \text{ Benef no contrato}_{ano}}$$

Dispersão dos Reajustes, medida pelo coeficiente de variação (CV), que é a razão entre o desvio padrão e a média dos reajustes aplicados pela operadora aos contratos coletivos no ano-base:

$$CV = \frac{s_n}{\bar{x}} = \frac{\sqrt{\frac{1}{n} \sum_1^n (x_i - \bar{x})^2}}{\bar{x}}$$

Definição de termos utilizados no Indicador

Média ponderada dos reajustes aplicados em contratos coletivos no ano-

base: Média dos reajustes dos contratos coletivos, informados pela operadora à ANS referentes ao ano-base avaliado (início de aplicação entre jan e dez do ano-base), ponderada pelo número de beneficiários que receberam o reajuste aplicado ao contrato.

Dispersão dos Reajustes – calculado para cada operadora com base no coeficiente de variação dos reajustes aplicados aos contratos coletivos (empresarial e adesão) para cada beneficiário, no ano-base.

Interpretação do indicador

A primeira parte do indicador avalia a média ponderada dos reajustes aplicados em contratos coletivos no ano-base, para indicar o quanto o índice médio da operadora é superior ao índice de referência do Sistema RPC. Mostra-se importante uma vez que visa medir a eficiência da operadora em relação ao mercado, além de, subsidiariamente, apontar uma possível subprecificação inicial dos produtos, uma vez que preços iniciais muito baixos podem ser compensados com reajustes mais altos.

O índice de referência do sistema RPC será calculado com base na média ponderada dos reajustes dos contratos coletivos comunicados pelo mercado, com 30 vidas ou mais no primeiro ano, podendo ser alterado por outra medida estatística de tendência central que melhor reflita o comportamento do setor, a partir da análise dos resultados obtidos no indicador.

A segunda parte do indicador mede o nível de dispersão dos reajustes na própria operadora, e indica o grau de mutualismo dos contratos coletivos firmados pelas operadoras no momento do reajuste, o que está em linha com as iniciativas da ANS para reajustes únicos por agrupamento de contratos. Mede portanto o nível de mutualismo aplicado por cada operadora, ou seja, a dispersão mede o grau de diluição dos riscos dos contratos dentro da operadora.

Usos

Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde a buscarem eficiência, precificarem seus contratos adequadamente e exercerem maior nível de mutualismo nos reajustes praticados.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O desvio padrão é uma medida natural de dispersão estatística, medido em relação à média. A variabilidade também pode ser medida pelo coeficiente de variação, que é a razão entre o desvio padrão e a média. O CV é um número adimensional, e quanto menor o valor do CV, menor é a dispersão. Valores de CV abaixo de 0,15 são considerados boas estimativas (CARVALHO, 2006).

Há estudos que indicam que CV acima de 0,4 são considerados muito elevados. Porém, considerando que o mercado de saúde suplementar possui produtos distintos, comercializados em diferentes regiões do Brasil, considerou-se que CV acima de 1 representam valores extremos.

Meta

A meta é atingir conjuntamente, uma Média ponderada de reajustes aplicados em planos coletivos menor ou igual ao reajuste de referência do RPC (reajuste médio ponderado dos contratos com 30 vidas ou mais) e um valor do coeficiente de variação inferior a 0,15.

Pontuação

A pontuação final será apurada a partir do peso de 50% para cada componente do indicador:

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Reajuste Médio OPS \leq Índice de Referência do RPC	1
Índice de referência do RPC < Reajuste Médio da OPS < 2 x Índice de Referência do RPC	V
Reajuste Médio da OPS \geq 2 x Índice de Referência do RPC	0

$$V = 1 - [(Reajuste \text{ médio OPS} - \text{Índice ref. RPC}) / (\text{Índice ref. RPC})]$$

Pontuação CV	Pontuação
CV \leq 0,15	1
0,15 < CV \leq 1	V
CV > 1,00	0

$$V = 1 - [(CV - 0,15) / 0,85]$$

Fonte de dados

RPC – Sistema de Reajustes de Planos coletivos

Ações esperadas

Incentivo para busca de eficiência na gestão da operadora, nos aspectos operacionais, financeiros e assistenciais, que refletem nos preços e reajustes praticados.

Limitações e vieses

A utilização do índice médio de reajustes dos planos coletivos (RPC) pode levar à comparações com o índice oficial ANS, mesmo diante de eventuais alterações na

metodologia de cálculo do índice oficial da ANS, apesar dos períodos de apuração serem diferentes (o indicador utiliza o ano-base de 01/jan a 31/dez, enquanto o período do reajuste ANS é de março a fevereiro).

Referências

CARVALHO, V.S.F. Os Jovens e o mercado de trabalho: mudanças na decisão de ingresso entre 1992 e 2004. Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Rio de Janeiro, 2006.

ANDRADE, M.V.; MAIA, A.C.M.. Demanda por planos de saúde no Brasil. Encontro ANPEC - Associação Nacional dos Centros de Pós-Graduação em Economia - Economia Social e Demografia Econômica, Salvador, 2006.

4 INDICADORES DE GESTÃO DE PROCESSOS E REGULAÇÃO – IDGR

4.1 Índice composto de Qualidade Cadastral (SIB) (PESO 2)

Nomenclatura Simplificada

Qualidade dos Dados de Cadastro do Cliente

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

(Beneficiários ativos com plano, CNS e CPF válidos + Beneficiários dependentes menores ativos Identificados e com plano e CNS válido)	
Total de beneficiários ativos da Operadora no Sistema de Informações de Beneficiários	X100

Definição de termos utilizados no indicador:

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

Beneficiário 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. OS Beneficiários dependentes menores ativos no cadastro de beneficiários da operadora na ANS devem ser “identificados”, com planos identificados e com CNS válido.

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 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 validado (quando da ausência de CPF) -

Considera-se beneficiário dependente menor validado 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

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado \leq 20%	0
$20\% < \text{Resultado} < 95\%$	$0,2 < V < 1$
Resultado \geq 95%	1

$V = \text{Resultado}/100$

Bônus na pontuação

Será acrescentado à pontuação obtida pela Operadora no Indicador Percentual de Qualidade Cadastral, 0,05 pontos quando o percentual de Beneficiários Dependentes 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 – Sistema de Informações de Beneficiários;

RPS – Sistema de Registro de Planos de Saúde; e

SCPA – 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.

Referências

BRASIL/ANS. Resolução Normativa - RN nº 295, de 09 de maio de 2012, estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; dispõe sobre o formato XML (Extensible Markup Language) como padrão para a troca de informações entre as operadoras e o SIB/ANS.

.....Instrução Normativa DIDES nº 50 de 25 de setembro de 2012, dispõe sobre o formato XML (Extensible Markup Language) para a transmissão das informações para o Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; estabelece procedimentos para a geração, validação, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do SIB/ANS.

4.2 Taxa de utilização do SUS (PESO 1)

Nomenclatura Simplificada

Utilização do SUS por Beneficiários de Plano de Saúde

Conceito

Delimitação de faixas para classificação de operadoras conforme sua utilização do SUS, baseada no número de eventos de utilização da rede pública de saúde por beneficiários identificados de operadoras de saúde suplementar.

Método de Cálculo

Número total de eventos de utilização da rede do SUS por beneficiários da operadora, tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento (NUT)
Média de Beneficiários da Operadora (Benef)

Ou seja, Taxa_Op = $\frac{NUT}{Benef}$

Definições de Termos Utilizados no Indicador

NUT - Total de eventos identificados de utilização da rede do SUS por beneficiários da operadora de saúde suplementar, tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento, por meio da aplicação do fator de ajuste (taxa de indeferimento dos últimos 3 anos). Serão considerados apenas os atendimentos dos ABIs que representam os quatro últimos períodos de competências sucessivas (representando um ano de identificação), ou seja, confirmando-se o cronograma de lançamento dos ABIs para 2018, serão considerados os eventos notificados nos ABIs 67º, 69º, 71º e 73º.

O numerador NUT terá dois componentes, um deles referente aos atendimentos não impugnados dos ABIs acima mencionados (os quais serão considerados em sua integralidade) e outro referente aos atendimentos impugnados; para estes últimos, será aplicado um fator de ajuste (FA_{2018}), correspondente ao tratamento com estimativa baseada no histórico de ressarcimento. Sendo assim:

$$NUT_{2018} = f_{\text{atendimentos não impugnados}} + (f_{\text{atendimentos impugnados}} \times FA_{2018})$$

Onde:

- NUT_{2018} é número total de eventos identificados em 2018 de utilização da rede do SUS por beneficiários da operadora de saúde suplementar, tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento;
- $f_{\text{atendimentos não impugnados}}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados em 2018 e que não foram impugnados pelas operadoras de plano de saúde;
- $f_{\text{atendimentos impugnados}}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados em 2018 e que foram impugnados pelas operadoras de plano de saúde;
- FA_{2018} é o fator de ajuste que será aplicado sobre a quantidade total de atendimentos lançados no ano de 2018 e que foram impugnados pelas

operadoras. Este fator de ajuste será calculado pela média da taxa de indeferimento dos ABIs lançados nos anos de 2015, 2016 e 2017;

Estimativa baseada no histórico de Ressarcimento - Como espera-se que parte dos eventos avisados em 2018 sejam indeferidos quando analisados, será realizada uma estimativa a partir da série histórica dos três anos mais recentes disponíveis da taxa de indeferimento por operadora. A utilização de três anos é estatisticamente suficiente para a identificação de um padrão de comportamento da operadora necessária para o cálculo da estimativa. A cada novo ano-base será calculada nova estimativa de indeferimentos por operadora considerando os anos mais recentes, desse modo contemplando a eventual mudança de padrão da operadora.

A estimativa dos indeferimentos é realizada utilizando-se a média aritmética dos percentuais de indeferimentos dos três anos anteriores ao ano-base. Sendo assim, para o ano-base de 2018, a estimativa de indeferimentos irá considerar as taxas de indeferimento dos ABIs lançados nos anos de 2015 (ABI 54º e ABI 55º), 2016 (ABI 56º ao ABI 58º) e 2017 (ABI 59º, 61º, 63º e 65º), conforme apresentado a seguir:

$$FA_{2018} = \frac{Taxa\ Indef_{2015} + Taxa\ Indef_{2016} + Taxa\ Indef_{2017}}{3}$$

A seguir é apresentado o método de apuração da taxa de indeferimento anual (*Taxa Indef_x*), que será aplicado para cada um dos três anos anteriores ao ano-base:

$$Taxa\ Indef_x = \frac{f_{\text{atendimentos lançados no ano } x \text{ e indeferidos em } 1^{\text{a}} \text{ inst.}} + f_{\text{atendimentos lançados no ano } x \text{ e indeferidos em } 2^{\text{a}} \text{ inst.}}}{f_{\text{atendimentos lançados no ano } x \text{ e analisados em } 1^{\text{a}} \text{ inst.}} + f_{\text{atendimentos lançados no ano } x \text{ e analisados em } 2^{\text{a}} \text{ inst.}}}$$

Onde:

- $Taxa\ Indef_x$ é taxa de indeferimento dos atendimentos lançados no ano x , considerando apenas aqueles com decisão definitiva realizada até o momento de apuração do resultado do programa;

- $f_{\text{atendimentos lançados no ano } x \text{ e indeferidos em } 1^{\text{a}} \text{ inst.}}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram julgados como indeferidos em 1ª instância, sem recurso, considerando apenas as decisões já notificadas às operadoras até o momento de apuração do resultado do programa;

- $f_{\text{atendimentos lançados no ano } x \text{ e indeferidos em } 2^{\text{a}} \text{ inst.}}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram julgados como indeferidos em 2ª instância até o momento de apuração do resultado do programa;

- $f_{\text{atendimentos lançados no ano } x \text{ e analisados em } 1^{\text{a}} \text{ inst.}}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram analisados em 1ª instância, sem recurso, julgados como deferidos ou indeferidos, considerando apenas as decisões já notificadas às operadoras até o momento de apuração do resultado do programa;

- *f*atendimentos lançados no ano *x* e analisados em 2ª inst. é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram analisados em 2ª instância até o momento de apuração do resultado do programa, considerando tanto os atendimentos deferidos como os indeferidos;

Benef - Média de beneficiários da operadora. O cálculo da média de beneficiários deverá utilizar o ano de competência dos ABIs lançados em 2018, considerando-se apenas os ABIs referentes aos quatro últimos períodos de competências sucessivas (representando um ano de identificação). Portanto, confirmando-se o cronograma de lançamento dos ABIs para 2018, serão considerados os ABIs 67º, 69º, 71º e 73º. Com isso, no denominador da fórmula (Benef) será calculada a média dos beneficiários por operadora nas competências de 04/2016 a 03/2017.

Taxa_Op - É a Taxa de Utilização da Operadora no SUS, considerando-se, para tanto, o número de atendimentos prestados aos beneficiários vinculados a operadoras de planos de saúde na rede SUS ou conveniada (tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento), pelo número de beneficiários da respectiva operadora. Para melhor entendimento, segue abaixo a fórmula ampliada da Taxa_Op:

$$Taxa_{Op} = \frac{f_{\text{atendimentos não impugnados}} + (f_{\text{atendimentos impugnados}} \times \left(\frac{Taxa_{\text{Indef}_{2015}} + Taxa_{\text{Indef}_{2016}} + Taxa_{\text{Indef}_{2017}}}{3} \right))}{Benef}$$

Usos do Indicador

Permite acompanhar e avaliar a atuação das operadoras de planos privados de assistência à saúde, além de compará-las e classificá-las em relação às demais operadoras quanto à utilização da rede pública de saúde.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Indicador de Utilização do SUS classifica as operadoras de planos privados de assistência à saúde. Parâmetros de utilização são estabelecidos em função do histórico das operadoras.

Para o estabelecimento de padrão de utilização do SUS por operadora serão analisados os dados totais anuais tratados com a metodologia de estimativa baseada no histórico de ressarcimento.

Em análises realizadas foram identificadas as faixas de utilização históricas de cada operadora, e formada a curva de distribuição das ocorrências. Com a identificação destas faixas é possível estabelecer os critérios para pontuação do indicador.

A análise do comportamento da utilização foi realizada considerando os dados das ABI's mais recentes. No ano-base 2017 (competência de abril/2015 a março/2016) foi verificado que aproximadamente 80% das operadoras possuíam utilização do SUS inferior a 1,10%. Desta forma, a faixa de utilização de até 1,10% foi percebida como aceitável.

Importante ressaltar que, ao realizar a distribuição da utilização das operadoras no ano-base de 2018, uma nova faixa de utilização será encontrada. Portanto, é

possível que a faixa de utilização percebida como aceitável seja diversa dos 1,10% encontrado no ano-base 2017, a depender das competências aplicadas no cálculo.

Classificação

A classificação através de percentil se justifica após verificar que a análise dos dados apontou para uma concentração de maior utilização do SUS em um contingente de operadoras proporcionalmente reduzido em relação à quantidade total de operadoras.

Sendo assim, as operadoras foram classificadas nas faixas por meio de percentis (P_α), calculados a partir das taxas obtidas de todas as operadoras no período analisado, sendo a faixa que pontua zero a de maior utilização do SUS (resultado superior ao valor correspondente ao P_{97,5}) e a faixa que pontua um a de menor utilização do SUS (resultado inferior ao valor correspondente ao P₈₀). A pontuação será atribuída conforme mostrado no item a seguir.

Meta

Resultado da operadora inferior ao valor correspondente ao P₈₀ (Percentil 80).

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado ≥ P _{97,5}	0
P ₈₀ < Resultado < P _{97,5}	0 < v < 1
Resultado ≤ P ₈₀	1

$$V = 1 - ((P_{80} < \text{Resultado} < P_{97,5}) - P_{80}) / (P_{97,5} - P_{80})$$

Ou seja, a pontuação final das operadoras neste indicador será consequência da ordenação e classificação das taxas de utilização (**Taxa_Op**) de todas as operadoras que apresentaram uma taxa válida, da seguinte maneira:

- Operadoras classificadas dentro do percentil 80 (P80), isto é, o grupo de operadoras que representem 80% das operadoras notificadas pela ANS em 2018 e que apresentem as menores Taxas de Utilização (Taxa_Op). Estas operadoras receberão nota máxima (pontuação = 1);
- Operadoras classificadas igual ou acima do percentil 97,5 não pontuarão neste indicador, recebendo, portanto, nota zero;
- Quanto às demais operadoras, que estiverem entre o percentil 80 e o percentil 97,5, estas operadoras receberão pontuação entre 0 e 1, conforme fórmula apresentada ($V = (1 - (P80 < \text{Resultado} < P97,5) - P80) / (P97,5 - P80)$).

A regra não classifica automaticamente as operadoras com taxa de utilização inferior à 1,10% no percentil 80, não aplicando neste caso nota máxima neste indicador (pontuação = 1). Como a distribuição das taxas de utilização será reflexo do desempenho de todas as operadoras ao longo de determinado ano-base, o recorte é variável. Por exemplo, caso 80% das operadoras apresentem uma taxa de utilização inferior à 0,9%, existirão operadoras com taxa de utilização menor que 1,10% com nota inferior à nota máxima.

Fonte de Dados

Numerador:

SGR - Sistema de Gestão do Ressarcimento

SCI - Sistema de Controle de Impugnações

Denominador:

SIB – Sistema de Informações de Beneficiários

Limitações e Vieses

Tempo de recebimento de dados do SUS e procedimentos sujeitos a recursos administrativos impedem acompanhamento em momento presente, sendo necessária a realização de estimativa de acordo com histórico da operadora.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Resolução Normativa (RN) nº 358 de 01 de dezembro de 2014, dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS.

..... Resolução Normativa (RN) nº 377 de 11 de maio de 2015, altera a Resolução Normativa nº 358, de 27 de novembro de 2014, estabelece normas sobre a cobrança referente ao ressarcimento ao SUS.

..... Instrução Normativa (IN)/DIDES nº 54 de 01 de dezembro de 2014, dispõe sobre o protocolo eletrônico de impugnações e recursos de processos administrativos híbridos de ressarcimento ao SUS.

4.3 Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS) (PESO 2)

Nomenclatura Simplificada

Qualidade da Informação em Saúde Enviada para a ANS

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 “Valor informado da guia” de cada guia enviada pela operadora e incorporada ao banco de dados da ANS no período selecionado, conforme estabelecido no Padrão TISS.

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	411111061	411121011	411121061
411111014	411111064	411121014	411121064
411111017	411111067	411121017	411121067
411111021	411112031	411121021	411122031
411111024	411112034	411121024	411122034
411111027	411112037	411121027	411122037
411111031	411112041	411121031	411122041
411111034	411112044	411121034	411122044
411111037	411112047	411121037	411122047
411111041	411112051	411121041	411122051
411111044	411112054	411121044	411122054
411111047	411112057	411121047	411122057
411111051	411112061	411121051	411122061
411111054	411112064	411121054	411122064
411111057	411112067	411121057	411122067

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.

Usos

Avaliar no monitoramento a completude do envio de dados do Padrão TISS da operadora à ANS.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

Meta

A meta anual é atingir um resultado igual a 1,0 no período considerado.

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado < 0,5 ou > 1,1	0
$0,5 \leq \text{Resultado} < 0,9$	$0,5 \leq V < 0,9$
$0,9 \leq \text{Resultado} \leq 1,1$	1

V = Resultado da Fórmula

Fonte de dados

TISS, CADOP e DIOPS

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 PADRÃO ANS – RECEITAS E DESPESAS.

Ações esperadas

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.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Plano de Contas Padrão ANS :Resolução Normativa nº 390 de 27 de fevereiro de 2012, altera os Anexos da Resolução Normativa 290, de 27 de fevereiro de 2012 que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão para as operadoras de planos de assistência à saúde e revoga o parágrafo 3º do artigo 3º da Resolução Normativa 173, de 10 de julho de 2008 que Dispõe sobre a versão XML (Extensible Markup Language) do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS.

..... Resolução Normativa nº 418 de 26 de dezembro de 2016.

4.4 Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde (PESO 1)

Nomenclatura Simplificada

Relacionamento do Plano de Saúde com Hospitais, Laboratórios e Profissionais de Saúde

Conceito

Indicador que visa representar a relação entre os valores cobrados pelos prestadores de serviços de saúde às operadoras de planos de saúde e as glosas aplicadas pelas mesmas, assim como a relação entre a quantidade de prestadores com glosas e o total de prestadores com os quais a operadora promoveu troca de informações no Padrão TISS no período selecionado

Método de cálculo

$0,75 \times \frac{\text{Valor, em R\$, do somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais}}{\text{Valor, em R\$, do somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais}} + 0,25 \times \frac{\text{Números de prestadores com procedimentos e itens assistenciais glosados}}{\text{Total de prestadores da Operadora com troca de informação no mesmo período}}$
--

Definição de termos utilizados no indicador

Valor, em reais, do somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais - corresponde ao somatório do conteúdo do campo 058 (“valor total de glosa”) do Componente de Conteúdo e Estrutura do Padrão TISS vigente nas guias incorporadas ao banco de dados da ANS no período selecionado. A variável “valor total de glosa” designa o somatório dos valores glosados, definidos após análise das cobranças e dos recursos interpostos pelos prestadores. Assim, seus valores podem não corresponder à diferença entre o valor cobrado e o valor pago em procedimentos e itens assistenciais constantes

de uma mesma guia. Todos os valores de glosa diferentes de zero serão considerados no cálculo do indicador, independentemente de ter havido a participação de uma operadora intermediária.

Valor, em reais, do somatório dos valores informados dos procedimentos

e itens assistenciais – corresponde ao somatório do conteúdo do campo 050 (“valor informado da guia”) do Componente de Conteúdo e Estrutura do Padrão TISS vigente nas guias incorporadas ao banco de dados da ANS no período selecionado. A variável “valor informado da guia” corresponde ao valor total informado pelo prestador executante ou ao valor solicitado de reembolso pelo beneficiário à operadora e refere-se a procedimentos e itens assistenciais, com intervalos entre execução e envio de informação variáveis.

Número de prestadores com procedimentos/itens assistenciais glosados

- corresponde ao somatório de prestadores de serviços de saúde com os quais a operadora promoveu troca de informações no Padrão TISS, que tiveram ao menos um procedimentos/item assistencial glosado, considerando o campo 058 (“valor total de glosa”) do Componente de Conteúdo e Estrutura do Padrão TISS vigente nas guias incorporadas ao banco de dados da ANS no período selecionado.

Total de prestadores da operadora

- corresponde ao total de prestadores de serviços de saúde com os quais a operadora promoveu troca de informações no Padrão TISS no período selecionado.

Interpretação do indicador

O indicador permite verificar a ocorrência de glosas praticadas pela operadora junto a sua rede de prestadores de serviços de saúde, a partir de duas diferentes perspectivas. A primeira se refere à razão dos valores glosados diante do total dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais. A segunda perspectiva é dada pela proporção de prestadores com glosa no universo de prestadores com alguma troca de informação efetuada no período com a operadora.

Práticas e condutas equivocadas ou irregulares de prestadores de serviços de saúde podem ensejar a aplicação devida de glosas por parte das operadoras, tais como erro do prestador no preenchimento/envio da guia, cobrança em duplicidade ou atraso no envio da documentação. Contudo, se aplicada de modo indevido a glosa pode promover uma redução de despesa assistencial à custa da remuneração do prestador executante do serviço.

Assim, entende-se que a análise dos valores glosados, diante do total dos valores informados em procedimentos e itens assistenciais, assim como a análise da proporção de prestadores com glosa constituem informações relevantes para a compreensão e a promoção do equilíbrio na relação entre a operadora e sua rede de prestadores de serviços de saúde.

Uso

Monitorar a ocorrência de glosa na operadora e gerar conhecimentos que permitam a promoção do equilíbrio na relação entre a operadora e sua rede de prestadores de serviços de saúde.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Os normativos estabelecidos pela ANS não dispõem sobre parâmetros ou limites a respeito da ocorrência de glosas. A análise de dados informados pelas operadoras no Padrão TISS, de janeiro de 2015 a setembro de 2016, aponta para uma concentração dos valores financeiros de glosa em um contingente proporcionalmente reduzido de operadoras, o que justifica a proposição da classificação a partir de percentis.

Meta

Quanto menor a ocorrência de glosas, melhor a pontuação alcançada no indicador, sendo a pontuação máxima alcançada na situação de ausência de glosa no período considerado (resultado do indicador igual a zero).

Pontuação

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

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado > P85	0
$0 < \text{Resultado} \leq \text{P85}$	1-v
Resultado =0	1

$$V = (0 < \text{Resultado} < \text{P85}) / \text{P85}$$

Fonte de dados

TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)

Observação: Conforme estabelecido na IN nº 68, de 11 de maio de 2017, que alterou a IN nº 60, de 09 de outubro de 2015, caso a operadora apresente Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado será aplicada a pontuação zero ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados.

Numerador: Sistema TISS.

Denominador: Sistema TISS.

Ações esperadas

Monitoramento pelas operadoras da proporção de glosas aplicadas e respectivos motivos

Orientação aos prestadores quanto aos principais motivos de glosas identificados.

Limitações e vieses

A variável “valor total de glosa” designa o somatório dos valores glosados, definidos após análise das cobranças e dos recursos interpostos pelos prestadores. Assim, seus valores podem não corresponder à diferença entre o valor cobrado e o valor pago em procedimentos e itens assistenciais constantes de uma mesma guia. Dessa forma o indicador que mede valores glosados em relação aos valores cobrados pode não representar uma proporção direta entre “valor total de glosa” e “valor informado da guia”.

Os dados utilizados baseiam-se no valor de glosa reconhecido pela operadora como devido e comunicado à ANS por meio do TISS. Os valores de cobrança informados pelo prestador e os valores de glosa informados pela operadora podem não representar a totalidade da troca de informação concernente aos respectivos eventos de saúde.

4.5 Proporção de Diagnósticos Inespecíficos nos Eventos de Internação Preenchidos nas Guias TISS (BÔNUS 10%)

Nomenclatura Simplificada

Qualidade dos Dados do Diagnóstico

Conceito

Mede a Qualidade do preenchimento do campo relativo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID nas Guias TISS de internação. Faz a relação entre a quantidade de diagnósticos inespecíficos nos eventos de internação e o total dos eventos de internação com código CID - incorporados no banco de dados da ANS no período analisado.

Método de cálculo

$\frac{\text{Número de CID inespecíficos nos eventos de internação}}{\text{Número total de eventos de internação com CID}} \times 100$
--

Definição de termos utilizados no indicador

Número de CID inespecíficos nos eventos de internação – corresponde à quantidade de eventos de internação que foram enviados à ANS e incorporados ao seu banco de dados, com o CID informado no campo diagnóstico principal que não esclarece o motivo da internação (CID inespecífico).

Número total de eventos de internação com CID – corresponde à quantidade total de eventos de internação incorporados ao banco de dados da ANS com o CID informado pelo prestador à operadora, no período analisado.

Tabela de CID Inespecíficos:

Códigos - CID Inespecíficos						
U99	Z59.5	Z63.1	Z71.6	Z76.2	Z83.1	Z87.3
Z00.0	Z59.6	Z63.2	Z71.7	Z76.3	Z83.2	Z87.4
Z00.1	Z59.7	Z63.3	Z71.8	Z76.4	Z83.3	Z87.5
Z00.2	Z59.8	Z63.4	Z71.9	Z76.5	Z83.4	Z87.6
Z00.3	Z59.9	Z63.5	Z72.0	Z76.8	Z83.5	Z87.7
Z00.5	Z60.0	Z63.6	Z72.1	Z76.8	Z83.6	Z87.8
Z00.6	Z60.1	Z63.7	Z72.2	Z76.9	Z83.7	Z88.0
Z01	Z60.2	Z63.8	Z72.3	Z80.0	Z84.0	Z88.1
Z01.2	Z60.3	Z63.9	Z72.4	Z80.1	Z84.1	Z88.2
Z01.7	Z60.4	Z64	Z72.5	Z80.2	Z84.2	Z88.3
Z02	Z60.5	Z64.0	Z72.6	Z80.3	Z84.3	Z88.4
Z02.0	Z60.8	Z64.2	Z72.8	Z80.4	Z84.8	Z88.5
Z02.1	Z60.9	Z64.3	Z72.9	Z80.5	Z85.0	Z88.6
Z02.2	Z61.0	Z64.4	Z73.0	Z80.6	Z85.1	Z88.7
Z02.4	Z61.1	Z65.0	Z73.1	Z80.7	Z85.2	Z88.8
Z02.5	Z61.2	Z65.1	Z73.2	Z80.8	Z85.3	Z88.9
Z02.6	Z61.3	Z65.2	Z73.3	Z80.9	Z85.4	Z91.0
Z02.7	Z61.4	Z65.3	Z73.4	Z81.0	Z85.5	Z91.1
Z02.8	Z61.5	Z65.4	Z73.5	Z81.1	Z85.6	Z91.2
Z02.9	Z61.6	Z65.8	Z73.6	Z81.2	Z85.7	Z91.3
Z41	Z61.7	Z65.9	Z73.8	Z81.3	Z85.8	Z91.4
Z41.9	Z61.8	Z70.0	Z73.9	Z81.4	Z85.9	Z91.5
Z51	Z61.9	Z70.1	Z74.8	Z81.8	Z86.0	Z91.6
Z51.5	Z62.0	Z70.2	Z74.9	Z82.0	Z86.1	Z91.8
Z51.9	Z62.1	Z70.3	Z75.0	Z82.1	Z86.2	Z92.0
Z56.0	Z62.2	Z70.8	Z75.2	Z82.2	Z86.3	Z92.1
Z58.8	Z62.3	Z70.9	Z75.3	Z82.3	Z86.4	Z92.2
Z58.9	Z62.4	Z71.0	Z75.4	Z82.4	Z86.5	Z92.3
Z59.0	Z62.5	Z71.1	Z75.5	Z82.5	Z86.6	Z92.4
Z59.1	Z62.6	Z71.2	Z75.8	Z82.6	Z86.7	Z92.5
Z59.2	Z62.8	Z71.3	Z75.9	Z82.7	Z87.0	Z92.6
Z59.3	Z62.9	Z71.4	Z76.0	Z82.8	Z87.1	Z92.8
Z59.4	Z63.0	Z71.5	Z76.1	Z83.0	Z87.2	Z92.9

Interpretação do indicador

Permite medir a qualidade do diagnóstico principal informado pelos prestadores de serviço às operadoras nos eventos de internação. Quanto mais distante de 100

for o resultado do cálculo do indicador, maior é o grau da qualidade da informação.

Usos

Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde a medirem a qualidade da informação recebida de seus prestadores de serviços.

Meta

A meta é atingir um resultado inferior a 10% no período analisado.

Entretanto, para estimular o aprimoramento do processo de troca de informações na saúde suplementar, será considerada uma meta ainda distante do desejado: 30%.

Pontuação

Resultado: número resultante do cálculo.

As operadoras que ficarem com resultado menor ou igual a 30%, receberão um bônus de 10% sobre a pontuação da dimensão de Gestão e Regulação (IDGR)

Resultado do IDGR + (IDGR*0,10)

O cálculo desse indicador não se aplica quando:

- A operadora processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no período analisado;
- A operadora não recebeu nenhuma cobrança de evento de internação no período analisado.

O resultado será igual a zero quando não houver nenhum lançamento incorporado no banco e não houver envio de arquivos sem movimento em todos os meses do período analisado.

Fonte de dados

TISS - Sistema de Troca de Informações na Saúde Suplementar

Observação: Conforme estabelecido na IN nº 68, de 11 de maio de 2017, que alterou a IN nº 60, de 09 de outubro de 2015, caso a operadora apresente Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado será aplicada a pontuação zero ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados.

Ações esperadas

Aprimoramento contínuo do processo de troca de informações na saúde suplementar.

Uso de informações da saúde suplementar nas iniciativas de avaliação e monitoramento do desempenho e desenvolvimento do setor para regulação.

Limitações e vieses

Este indicador não atingirá as operadoras que não possuem eventos de internação médico-hospitalar em seus produtos comercializados no mercado (operadoras que só comercializam planos ambulatoriais e operadoras exclusivamente odontológicas).

Este indicador só avalia a qualidade do CID principal, não contemplando os CID secundários preenchidos para o eventos internação nas Guias TISS.

Referências

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – Versão 10 - CID-10.

Ministério da Saúde/ANS. Padrão TISS - Componente Organizacional – fevereiro de 2015.