

ANEXO – NOTA TÉCNICA 220/2022

Fichas Técnicas
Indicadores do Mapeamento do
Risco Assistencial

Junho/2022

GEMOA/GGRAS/DIPRO/ANS

Sumário

1. DIMENSÃO ASSISTENCIAL	3
1.1 Número de Consultas Médicas Ambulatoriais Por Beneficiário	3
1.2 Número De Consultas Ambulatoriais Com Pediatra Por Beneficiário Com Idade Inferior a 20 Anos	5
1.3 Proporção De Consulta Médica Em Pronto Socorro	7
1.4 Número de Mamografias por Beneficiária de 50 a 69 Anos	9
1.5 Taxa De Exames De Ressonância Magnética.....	11
1.6 Taxa de Sessões de Quimioterapia Sistêmica	14
1.7 Número De Sessões De Hemodiálise Crônica Por Beneficiário.....	16
1.8 Taxa De Internação Hospitalar	18
1.9 Taxa de Internações Pediátricas por Causas Respiratórias em Beneficiários de 0 a 5 Anos de Idade.....	21
1.10 Número de Consultas Odontológicas Iniciais por Beneficiário	23
1.11 Taxa de Procedimentos Preventivos em Odontologia	26
1.12 Taxa de Raspagem Supragengival	29
Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações.....	30
1.13 Taxa de Dentes Permanentes com Tratamento Endodôntico Concluído	33
1.14 Taxa de Próteses Odontológicas Unitárias.....	37
1.15 Pontuação Bônus para Operadoras com Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças	39
2. DIMENSÃO ATUARIAL DOS PRODUTOS	40
2.1 PMPE - Prazo médio de pagamento de eventos	40
2.2 Proporção de NTRP's com Valor Comercial da Mensalidade Atípico	42
2.3 Índice Combinado Saúde Ampliado – ICSA (“Sinistralidade Líquida”)	44

1. DIMENSÃO ASSISTENCIAL

1.1 Número de Consultas Médicas Ambulatoriais Por Beneficiário

Conceituação

Número médio de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Método de Cálculo

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

Definição de termos utilizados no Indicador

Número de consultas médicas ambulatoriais: Atendimentos prestados em regime ambulatorial por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico.

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

Interpretação do Indicador

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

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

Usos

Avaliar a evolução da realização das consultas médicas ambulatoriais, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de atenção básica.

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

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Diante da heterogeneidade do setor suplementar do sistema de saúde brasileiro e, na ausência de parâmetros técnicos voltados para a avaliação do indicador em questão, utiliza-se a mediana de consultas médicas ambulatoriais informadas pelas operadoras obtida por meio dos dados

informados ao Sistema de Informações de Produtos (SIP). Verificou-se que ao longo do período compreendido entre o último trimestre de 2016 e 1º trimestre de 2019, a mediana mostrou estabilidade, tendo se mantido em torno de 4 consultas por ano ou 1 consulta por trimestre.

Meta

Apresentar um resultado igual ou superior a 1 consulta médica ambulatorial por beneficiário por trimestre.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado < 0,6	0
$0,6 \leq \text{Resultado} < 1$	$(\text{Resultado} - 0,6) / 0,4$
Resultado ≥ 1	1

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A. 1 “Consultas médicas ambulatoriais”; coluna II (Eventos ocorridos);

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A.1 “Consultas médicas ambulatoriais”; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência).

Critérios de aplicabilidade

O indicador se aplica a todas as operadoras que atuam na segmentação ambulatorial.

Limitações e Vieses

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

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

Referências

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). *Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2ª edição; Brasília, 2008.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Sistema de Informações de Produtos – SIP*, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Ministério da Saúde, Brasil.

BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Nota nº 137/2017/GMOA/GGRAS/DIPRO, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Ministério da Saúde, Brasil. (disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/moa/2017_fichas_tecnicas_novo_risco_assistencial_versao_corrigeida_portaria_1631_2015.pdf)

1.2 Número De Consultas Ambulatoriais Com Pediatra Por Beneficiário Com Idade Inferior a 20 Anos

Conceituação

Número médio de consultas médicas ambulatoriais com pediatra por beneficiário com idade inferior a 20 anos, fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de consultas ambulatoriais com pediatras}}{\text{Número total de beneficiários com idade inferior a 20 anos, em planos que incluem a segmentação ambulatorial, fora do período de carência}}$$

Definição de termos utilizados no Indicador

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 total de beneficiários com idade inferior a 20 anos em planos que incluem a segmentação ambulatorial fora do período de carência – Total de beneficiários fora do período de carência com idade inferior a 20 anos, que possuam planos que incluem a segmentação ambulatorial, podendo incluir ou não as demais segmentações assistenciais.

Interpretação do Indicador

Possibilita o acompanhamento do acesso aos serviços de atenção básica à saúde a crianças e adolescentes.

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.

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

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (BRASIL, 2017) estabelece como diretriz clínica: oito consultas com pediatra nas duas primeiras faixas etárias (de 0 a 1 ano e de 1 a 4 anos) e cinco em cada uma das demais faixas etárias (5 a 9, 10 a 14 e 15 a 19 anos). Tendo em consideração esta recomendação e a distribuição de beneficiários nestas faixas etárias segundo

o Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), em outubro de 2020, chega-se a 0,40 consultas por beneficiário com idade inferior a 20 anos por trimestre (vide Quadro abaixo).

Quadro 1 – Consultas com pediatras e beneficiários por faixa etária.

Faixa Etária	Consultas recomendadas no período	Média de consultas recomendadas por ano	Total de beneficiários em planos que contêm a segmentação ambulatorial
Até 1 ano	8	8	584.025
01 a 4 anos	8	2	2.767.568
05 a 9 anos	5	1	3.185.660
10 a 14 anos	5	1	2.673.375
15 a 19 anos	5	1	2.451.611

Fontes: ROL/ANS 2017 - Anexo III - Diretrizes Clínicas e SIB/ANS - out/2020

Meta

Apresentar uma produção igual ou superior a 70% de 0,40 consultas por trimestre, o que equivale a 0,28 consultas com pediatra por beneficiário com idade inferior a 20 anos por trimestre.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado $\leq 0,10$	0
$0,10 < \text{Resultado} < 0,28$	$(\text{resultado} - 0,10) / 0,18$
Resultado $\geq 0,28$	1

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A. 1.19 “Consultas médicas ambulatoriais Pediatria”; coluna II (Eventos ocorridos);

Denominador: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB); número médio de beneficiários com idade inferior a 20 anos em planos que incluam a segmentação ambulatorial, no período considerado.

Critérios de aplicabilidade

O indicador se aplica às operadoras que atuam na segmentação ambulatorial e que possuam 50 ou mais beneficiários com idade inferior a 20 anos no período considerado.

Limitações e Vieses

Operadoras com predomínio em sua população em idade pediátrica de adolescentes poderão apresentar um número de consultas por beneficiário inferior à meta sem que isso represente dificuldades de acesso aos pediatras da rede prestadora. Isto acontece por diversos fatores, dentre os quais se destaca a maior independência do adolescente em relação aos seus pais

(intermediadores do acesso aos profissionais de saúde) e o fato de a adolescência ser uma faixa etária especialmente saudável.

Por apresentar o resultado como um valor médio, o indicador pode ser influenciado pela proporção de crianças e adolescentes portadores de doenças crônicas na população em idade pediátrica da operadora, pois este grupo apresenta um número maior de consultas com pediatra no período considerado.

Referências

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). *Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2ª edição; Brasília, 2008.

BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Resolução Normativa - RN nº 428, de 07 de novembro de 2017*, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Ministério da Saúde, Brasil.

BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Resolução Normativa - RN nº 428, de 07 de novembro de 2017*, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Ministério da Saúde, Brasil.

BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Sistema de Informação de Beneficiários – SIB*, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Ministério da Saúde, Brasil.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). *Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra*. Manual de Orientação nº 10; Brasil, 2019.

1.3 Proporção De Consulta Médica Em Pronto Socorro

Conceituação

Percentual de consultas médicas em pronto socorro em relação ao total de consultas médicas no período de análise.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de Consultas Médicas em Pronto Socorro}}{\text{Número de Consultas Médicas}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no Indicador

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

Consultas médicas – Atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, controle e acompanhamento

clínico, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, em beneficiários fora do período de carência.

Interpretação do Indicador

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

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

Usos

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

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

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002 (BRASIL, 2002), estimou que cerca de 15% do total de consultas médicas decorre de situações de urgência e emergência. O parâmetro inferior de 5% foi estabelecido, considerando as situações de urgência e emergência não evitáveis por ações de iniciativa da operadora.

Meta

A meta é atingir um resultado maior ou igual a 15% e menor ou igual a 20% de consultas médicas em pronto socorro com relação ao total de consultas médicas, no período considerado.

Pontuação

Resultado do Indicador	Nota da Operadora (de 0 a 1)
Problema de informação ou Resultado < 5 ou Resultado ≥ 30	0
5 ≤ Resultado < 15	$\frac{\text{Resultado}-5}{10}$
15 ≤ Resultado ≤ 20	1
20 < Resultado < 30	$(30 - \text{Resultado}) / 10$

Fonte

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

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

Critérios de aplicabilidade

O indicador se aplica a operadoras que atuam na segmentação ambulatorial, realizaram eventos de consulta médica no período de análise e possuem 50 ou mais beneficiários na segmentação ambulatorial.

Limitações e Vieses

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

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

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

Referências

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

BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Sistema de Informações de Produtos – SIP*, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Ministério da Saúde, Brasil.

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). *Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2ª edição; Brasília, 2008.

1.4 Número de Mamografias por Beneficiária de 50 a 69 Anos

Conceituação

Número médio de mamografias por beneficiária na faixa etária de 50 a 69 anos fora do período de carência para o procedimento no período considerado.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de mamografias em beneficiárias na faixa etária de 50 a 69 anos fora do período de carência}}{\text{Total de beneficiárias na faixa etária de 50 a 69 anos fora do período de carência para o procedimento}}$$

Definição de termos utilizados no Indicador

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

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

Usos

O indicador busca avaliar a cobertura para exames de rastreamento de câncer de mama, conforme diretriz clínica do Rol da ANS.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O câncer de mama identificado em estágios iniciais, quando as lesões são menores de dois centímetros de diâmetro, apresenta prognóstico mais favorável e alto percentual de cura. As estratégias para a detecção precoce incluem o diagnóstico precoce, abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença, e o rastreamento – aplicação de teste ou exame em uma população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer.

Em consonância com os protocolos internacionais, o Ministério da Saúde recomenda que todas as mulheres entre 50 e 69 anos de idade façam exames de mamografia pelo menos uma vez a cada dois anos, além de recomendar o exame anual para mulheres acima de 35 anos que pertençam a grupos de alto risco (BRASIL, 2016; BRASIL, 2018).

Meta

Atingir um resultado igual ou superior a 0,125 mamografias para cada beneficiária na faixa etária de 50 a 69 anos a cada trimestre, considerando a realização de 1 (um) exame em mulheres dessa faixa etária a cada 2 anos.

Pontuação

Resultado do Indicador	Nota da Operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado = 0	0
$0 < \text{Resultado} < 0,125$	$\text{Resultado}/0,125$
$\text{Resultado} \geq 0,125$	1

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP) no Item C10.1 “Mamografia em Mulheres de 50 a 69 anos”; Coluna II (eventos);

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item C10.1 “Mamografia em Mulheres de 50 a 69 anos”; Coluna III (beneficiárias da operadora fora do período de carência).

Critérios de aplicabilidade

O indicador se aplica a operadoras que atuam na segmentação ambulatorial e possuam mais de 50 beneficiárias na faixa etária compreendida entre 50 e 69 anos de idade.

Limitações e Vieses

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

Considerando as informações mencionadas anteriormente acerca do uso deste indicador e o fato dele 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.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres* / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). *Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2ª edição; Brasília, 2008.

1.5 Taxa De Exames De Ressonância Magnética

Conceituação

Número médio de exames de ressonância magnética para cada 1.000 beneficiários fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de exames de ressonância magnética}}{\text{Número total de beneficiários fora do período de carência para exames}} \times 1000$$

Definição de termos utilizados no Indicador

Número de exames de ressonância magnética: Total de exames de ressonância magnética realizados em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência.

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

Interpretação do Indicador

É um indicador que avalia indiretamente a cobertura das necessidades de exames de imagem de alta complexidade, sendo influenciado pela oferta de prestadores de serviços de ressonância magnética na rede da operadora e pela utilização do exame pelos beneficiários fora do período de carência para o procedimento.

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

Usos

Identificar variações e tendências da utilização do exame pelos beneficiários das diversas operadoras, identificando situações que indiquem possível restrição de acesso a este exame de imagem de alta complexidade.

Avaliar a disponibilidade e a suficiência da rede prestadora de serviços de exames de ressonância magnética das operadoras.

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

Parâmetros e Dados Estatísticos

O número médio de exames de ressonância magnética por 1000 habitantes, incluindo as realizadas em ambiente ambulatorial e hospitalar variou em países integrantes da OCDE, em 2017, entre 31,1 no Chile e 34,5 na Polônia até patamares mais altos na França e Alemanha – respectivamente 114,1 e 149,2 (OECD, 2020). Apenas 4 países apresentavam essa taxa acima de 100 exames por mil habitantes em 2017, entre os países membros: Alemanha (143), França (114), Japão (112) e Estados Unidos (111).

No Brasil, os dados da produção assistencial no setor da saúde suplementar, em 2019, apontam para uma taxa de exames de ressonância magnética por 1000 beneficiários de 179 (ANS,2020).

Para o sistema público de saúde, a Portaria/GM nº 1.631/2015, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), estabelece parâmetros para os serviços de saúde, estima a necessidade de 30 exames de ressonância magnética por mil habitantes no âmbito do SUS, o que equivale a uma taxa de 7,5 exames por trimestre.

Meta

Apresentar resultado maior ou igual a 7,5 exames de ressonância magnética para cada 1.000 beneficiários fora de carência no trimestre.

Pontuação

Resultado do Indicador	Nota da Operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado $\leq 1,5$	0
$1,5 < \text{Resultado} \leq 7,5$	$(\text{Resultado} - 1,5)$ 6
Resultado $\geq 7,5$	1

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item C. "Exames"; subitem 1. "Ressonância Magnética"; coluna II (Eventos ocorridos);

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item C. "Exames"; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência).

Critérios de aplicabilidade

O indicador não se aplica a operadoras que não atuam na segmentação ambulatorial.

Limitações e Vieses

Pode ocorrer o uso excessivo e inapropriado dos exames de ressonância magnética para determinadas indicações e regiões anatômicas. No entanto, este indicador foi concebido para detectar situações de dificuldade de acesso e, portanto, de subutilização deste método diagnóstico de imagem.

Deve-se considerar a possibilidade de contagem cumulativa de exames em um mesmo beneficiário.

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

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. Série Parâmetros SUS –Volume 1. (disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/programas/protocolos/Parametros_SUS_2015.pdf acessada em 30/01/2021)

BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2019. Rio de Janeiro, 2020. (disponível em www.ans.gov.br, acessada em 30/01/2021)

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), *OECD Health Statistics 2020*. (Disponível em: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeld=> Acesso em: 30/01/2021).

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). *Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2ª edição; Brasília, 2008.

1.6 Taxa de Sessões de Quimioterapia Sistêmica

Conceituação

Número médio de sessões de quimioterapia sistêmica para o tratamento de câncer para cada 100 fora de carência, no período considerado.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de sessões de quimioterapia sistêmica}}{\text{Número total de beneficiários fora do período de carência para terapias}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no Indicador

Número de sessões de quimioterapia sistêmica – número de sessões de quimioterapias sistêmicas identificadas no Sistema de Informações dos Produtos - SIP, no período de análise.

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

Interpretação do Indicador

É um indicador de cobertura que estima o número de sessões de quimioterapia para o tratamento de câncer em relação ao total de beneficiários em planos com cobertura ambulatorial.

Possibilita a identificação de situações de dificuldade de acesso aos serviços de tratamento de neoplasias, pela demora na marcação das sessões de quimioterapia ou, ainda, pela indisponibilidade de prestadores de serviços de saúde.

Usos

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

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

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

Parâmetros e Dados Estatísticos

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.631/2015 (BRASIL, 2015), que em seu artigo 1º e 2º aprova o documento "CRITÉRIOS E PARÂMETROS PARA O PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO 8 AMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – PARAMETROS SUS", estabelece que na atenção especializada em oncologia deva haver 5.300 sessões de quimioterapia para uma população de 500 mil habitantes ou 900 casos novos de câncer por ano, exceto o câncer não melanócito de pele, o que corresponde a 1,06 sessões por ano ou 0,265 sessões por trimestre para cada 100 habitantes.

Meta

A meta é atingir um resultado igual ou superior a 0,265 sessões de quimioterapia sistêmica por 100 beneficiários por trimestre.

Pontuação

Resultado do indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de informação ou Resultado = 0	0
0 < Resultado < 0,265	<u>Resultado</u> 0,265
Resultado ≥ 0,265	1

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item D (Terapias); 2 "Quimioterapia Sistêmica"; coluna II (Eventos);

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item D "Terapias"; coluna III (beneficiários da operadora fora do período de carência).

Critérios de aplicabilidade

O indicador se aplica a operadoras que atuem na segmentação ambulatorial e possuam dois mil beneficiários ou mais fora de carência para terapias no período considerado.

Limitações e Vieses

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

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

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

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Crítérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. Série Parâmetros SUS –Volume 1. (disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/programas/protocolos/Parametros_SUS_2015.pdf acessada em 30/01/2021)

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). *Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2ª edição; Brasília, 2008.

1.7 Número De Sessões De Hemodiálise Crônica Por Beneficiário

Conceituação

Número de sessões de hemodiálise crônica em relação ao total de beneficiários fora de carência no período considerado.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de sessões de hemodiálise crônica}}{\text{Número total de beneficiários fora do período de carência para terapias}}$$

Definição de termos utilizados no Indicador

Numerador: total dos eventos de Sessões de Hemodiálise Crônica identificados no Sistema de Informações dos Produtos - SIP, em um período.

Denominador: total de beneficiários fora do período de carência para terapias.

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 fora do período de carência para terapias, 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.

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.

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 em 2016 por 100.000 indivíduos em 2016 (SESSO, LOPES, THOMÉ, LUGON e MARTINS, 2017). O mesmo Inquérito estimou que 83% dos pacientes em diálise crônica de fonte pagadora não SUS faziam tratamento por hemodiálise convencional em 2016.

Para fins do Monitoramento do Risco Assistencial, adotou-se uma prevalência de 49,5 pacientes em hemodiálise crônica convencional por 100.000 beneficiários (83% de 59,6 por 100.000) e uma média de três sessões semanais (39 sessões por trimestre), resultando em cerca de 0,019 sessões por beneficiário por trimestre.

Meta

Apresentar um número de sessões de hemodiálise crônica superior a 0,015 sessões por beneficiário por trimestre, ou seja, cerca de 80% do valor esperado de 0,019 sessões por beneficiário por trimestre.

Pontuação

Resultado do Indicador	Nota da Operadora (de 0 a 1)
Problema de informação ou resultado = 0	0
$0 < \text{Resultado} < 0,015$	Resultado / 0,015
Resultado $\geq 0,015$	1

Fonte e critérios de seleção de variáveis

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item D (Terapias); subitem 5, Sessões de Hemodiálise Crônica; coluna II (Eventos ocorridos).

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item D (Terapias); coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência)

Crerios de aplicabilidade

O indicador se aplica a todas as operadoras que atuam na segmentação ambulatorial e possuam dois mil beneficiários ou mais fora de carência para terapias no período considerado.

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.

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 Panamericana de Saúde (OPAS). *Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2ª edição; Brasília, 2008.

SESSO, R. C.; LOPES, A.A.; THOMÉ, F.S.; LUGON, J.R. e MARTINS C. T. *Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016* em J Bras Nefrol 2017;39(3):261-266

1.8 Taxa De Internação Hospitalar

Conceituação

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

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de internações hospitalares em beneficiários fora do período de carência}}{\text{Total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no Indicador

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

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

Interpretação do Indicador

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

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

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

Usos

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

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

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

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1631/2015 (BRASIL, 2015), considera como valores (mínimos e máximos) recomendados para a taxa de internação clínica, 1,4% a 2,5% para a população de 15 a 59 anos e 7,2% a 11,7% para a população de 60 anos ou mais. Para a taxa de internação cirúrgica, os valores (mínimos e máximos) recomendados são 2,2% a 3,6 % para a população de 15 a 59 anos e 4,4% a 7,3% para a população de 60 anos ou mais.

Para o Mapeamento do Risco Assistencial, porém, será considerada a mediana do setor por porte no trimestre de análise, em função da grande heterogeneidade observada.

Meta

Apresentar resultado maior ou igual a 90% da mediana do setor por porte das operadoras (pequenas, médias e grandes).

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado $\leq 0,2 \times$ Mediana	0
$0,2 \times$ Mediana < Resultado < $0,9 \times$ Mediana	$(\text{Resultado} - 0,2 \times \text{Mediana}) / 0,7 \times \text{Mediana}$
Resultado $\geq 0,9 \times$ Mediana	1

Fonte

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

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

Critérios de aplicabilidade

O indicador se aplica a operadoras que atuam na segmentação hospitalar.

Limitações e Vieses

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

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

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. Série Parâmetros SUS –Volume 1. (disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/programas/protocolos/Parametros_SUS_2015.pdf acessada em 30/01/2021)

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). *Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2ª edição; Brasília, 2008.

1.9 Taxa de Internações Pediátricas por Causas Respiratórias em Beneficiários de 0 a 5 Anos de Idade

Conceituação

Número médio de internações pediátricas por causas respiratórias para cada 100 beneficiários de 0 a 5 anos fora do período de carência para internações, no período avaliado.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de internações, por causas respiratórias, de beneficiários de 0 a 5 anos, fora do período de carência}}{\text{Total de beneficiários de 0 a 5 anos fora do período de carência para o procedimento}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no Indicador

Internação de 0 a 5 anos de idade por doenças respiratórias: Internações por doenças respiratórias em crianças na faixa etária de 0 a 5 anos de idade, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico J00 a J22, J45 e J46 do Capítulo X (Doenças do aparelho respiratório) da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª versão (CID-10).

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

Interpretação do Indicador

Busca identificar estratégias de coordenação do cuidado para a área de atenção à saúde da criança, através da garantia do acesso aos serviços de atenção primária, que, em tese, reduziriam a necessidade das internações.

Permite acompanhar a cobertura à assistência hospitalar à população específica, a partir do acompanhamento das internações por uma das causas mais prevalentes para a faixa etária.

Usos

Avaliar a evolução da realização de internações pediátricas, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso das crianças de 0 a 5 anos aos serviços hospitalares.

Subsidiar o planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços prestados pela operadora às crianças e adolescentes.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

As doenças do aparelho respiratório, principalmente a pneumonia, compõe o grupo de morbidades mais comuns entre crianças nessa faixa etária (PEDRAZA e ARAUJO, 2017). Apesar de as crianças menores de cinco anos apresentarem maior susceptibilidade à hospitalização por tais enfermidades, em decorrência de sua vulnerabilidade biológica, a possibilidade da identificação oportuna de sinais e sintomas dessas doenças no contexto da APS possibilitaria uma redução dos casos de hospitalização. No entanto, não foram encontradas na literatura referências populacionais que nos permitam propor percentuais possíveis ou aceitáveis de internação por causas respiratórias em crianças menores de cinco anos. Sendo assim, o parâmetro proposto é a mediana do setor por porte.

Meta

Apresentar resultado maior ou igual a 70% da mediana do setor por porte.

Pontuação

Resultado do Indicador	Nota da Operadora (de 0 a 1)
Problema de informação ou Resultado = 0	0
$0 < \text{Resultado} < 0,7 \times \text{Mediana}$	$\text{Resultado}/(0,7 \times \text{mediana})$
$\text{Resultado} \geq 0,7 \times \text{Mediana}$	1

Obs.: Em determinados trimestres de avaliação, caso seja apurada mediana igual a zero em pelo menos um dos portes, será atribuído "Não se Aplica" para todas as operadoras avaliadas, independentemente do porte.

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item E "Internações"; Tipo de internação; 4. Pediátrica; 4.1 Internação de 0 a 5 anos de idade por doenças; coluna II (Eventos);

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item E "Internações"; Tipo de internação; 4. Pediátrica; 4.1 Internação de 0 a 5 anos de idade por doenças; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência).

Critérios de aplicabilidade

O indicador se aplica a operadoras que atuam na segmentação hospitalar e possuam pelo menos 1000 beneficiários fora de carência para internação na faixa etária de 0 a 5 anos.

Limitações e Vieses

O número de internações pediátricas por causas respiratórias para o cálculo deste indicador poderá levar à superestimação do resultado, tendo em vista a possibilidade de contagem cumulativa de internações hospitalares de um mesmo beneficiário.

Os resultados também podem ser afetados pela variabilidade da composição etária das carteiras das operadoras.

Referências

Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (Disponível em: <https://www.medicinanet.com.br/categorias/cid10.htm> acessado em 30/01/2021).

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). *Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2ª edição; Brasília, 2008.

PEDRAZA, Dixis Figueroa; ARAUJO, Erika Morganna Neves de. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 26, n. 1, p. 169-182, jan. 2017.

(Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000100169&lng=pt&nrm=iso>. acessado em 16 dez. 2020)

1.10 Número de Consultas Odontológicas Iniciais por Beneficiário

Conceituação

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

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número total de consultas odontológicas iniciais em beneficiários fora do período de carência}}{\text{Número total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento}}$$

Definição dos Termos utilizados no indicador

Consultas odontológicas iniciais – Consultas odontológicas destinadas à elaboração do plano de tratamento, incluindo exame clínico, anamnese, preenchimento de ficha clínica odontológica, diagnóstico das doenças/anomalias bucais do paciente e prognóstico.

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

Interpretação do Indicador

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

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

Usos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O estabelecimento do risco e da atividade de cárie são elementos essenciais no cuidado odontológico clínico atual. De fato, 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 (ABO-ODONTOLOGIA, 2009). Além dos benefícios mencionados, vale destacar que, de acordo com os resultados oriundos da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010 (BRASIL, 2012), a proporção de indivíduos livres de cárie (CEO/CPO = 0) diminui em função da idade, um fenômeno comum considerando o caráter cumulativo dos índices utilizados.

Entre os parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde para a Saúde Bucal da população geral pela Portaria/GM nº 1.631/2015 (BRASIL, 2015), está a realização de 1 (uma) consulta odontológica inicial por habitante/ano.

No entanto, utilização do parâmetro de consultas odontológicas planejadas ao ano para o SUS, de uma consulta por usuário ao ano, ou 0,25 consultas por trimestre, considera um modelo de atenção integral à saúde, com a saúde bucal integrada ao cuidado integral do indivíduo. Na saúde suplementar, a cobertura odontológica não é garantida de forma integrada à cobertura médico-hospitalar. No histórico do programa de Mapeamento do Risco Assistencial, a mediana do setor suplementar de saúde brasileiro para o indicador de consulta odontológica inicial 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. Dessa forma, será utilizada a mediana das Operadoras exclusivamente odontológicas, por porte, por apresentarem melhor desempenho nos indicadores assistenciais para saúde bucal.

Meta

Obter resultado maior ou igual à mediana das operadoras exclusivamente odontológicas, por porte.

Pontuação

Resultado do Indicador	Nota da Operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado = 0	0
$0 < \text{Resultado} < 0,7 \times \text{Mediana}$	$\text{Resultado}/(0,7 \times \text{Mediana})$
$\text{Resultado} \geq 0,7 \times \text{Mediana}$	1

Fonte

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

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

Critérios de aplicabilidade

O indicador se aplica a operadoras que atuam na segmentação odontológica.

Limitações e vieses

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

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

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

Referências

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

BRASIL, Ministério da Saúde. *SB BRASIL 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Ministério da Saúde, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. Série Parâmetros SUS –Volume 1. (disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/programas/protocolos/Parametros_SUS_2015.pdf acessada em 30/01/2021)

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). *Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2ª edição; Brasília, 2008.

1.11 Taxa de Procedimentos Preventivos em Odontologia

Conceituação

Número médio de procedimentos preventivos em odontologia realizados para cada 100 beneficiários da operadora fora do período de carência, no período considerado.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de procedimentos preventivos odontológicos concluídos em beneficiários fora do período de carência}}{\text{Total de beneficiários fora do período de carência para os procedimentos}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no Indicador

Procedimentos Preventivos – Procedimentos de prevenção em saúde bucal consistem em procedimentos clínicos, educativos e/ou terapêuticos que interferem nas causas das doenças

buciais, impedindo e/ou retardando o aparecimento de lesões relacionadas aos processos de doenças bucais.

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

Interpretação do Indicador

Estima a quantidade de procedimentos odontológicos preventivos realizados para cada 100 beneficiários fora de carência no período.

Aponta situações de dificuldade de acesso à assistência odontológica de prevenção.

Usos

Analisar o acesso aos procedimentos preventivos na atenção suplementar à saúde, identificando variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso a esses serviços, de forma a minorar a demanda por serviços de maior complexidade.

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Programa Nacional de Saúde Bucal recomenda a mudança progressiva do modelo assistencial centrado na doença para um modelo de atenção integral à saúde por meio da incorporação de mais ações de promoção da saúde e de prevenção em relação às ações de recuperação propriamente ditas (BRASIL, 2008). Nesse sentido, ressalta-se a importância da realização de procedimentos preventivos em todos os beneficiários com planos de saúde com cobertura odontológica, com objetivo de fortalecer sua autonomia no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, de 2010 apontou um resultado médio de 27% de consultas de revisão e/ou prevenção, como motivo da última consulta odontológica (BRASIL, 2012).

Embora não seja possível extrair um parâmetro técnico direto da PSB Brasil para o indicador, a pesquisa ressalta a importância da realização de procedimentos preventivos em todos os beneficiários que procurem o serviço odontológico com objetivo de fortalecer sua autonomia no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos.

Meta

Obter resultado maior ou igual à mediana das operadoras exclusivamente odontológicas, por porte, no período considerado.

Pontuação

Resultado do Indicador	Nota da Operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado =0	0
0 < Resultado < Mediana	Resultado/Mediana
Resultado ≥ Mediana	1

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.3 “Procedimentos preventivos”; coluna II (Eventos);

Tabela 1. Procedimentos Preventivos em Odontologia

I. PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	CÓD. TUSS	DESCRIÇÃO
3.Procedimentos preventivos	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 fósulas e fissuras
	84000090	Aplicação tópica de flúor
	84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado
	84000139	Atividade educativa em saúde bucal
	84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana)
	84000171	Controle de cárie incipiente
	84000198	Profilaxia: polimento coronário
	84000201	Remineralização
	85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
	84000228	Teste de capacidade tampão da saliva
	84000236	Teste de contagem microbiológica
	84000244	Teste de fluxo salivar
84000252	Teste de PH salivar	

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.3 “Procedimentos preventivos”; coluna III (Beneficiários).

Critérios de aplicabilidade

O indicador se aplica às operadoras que atuam na segmentação odontológica e possuam 300 beneficiários, ou mais, fora de carência no período considerado.

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 da operadora.

Referências

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

BRASIL, Ministério da Saúde. *SB BRASIL 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Ministério da Saúde, Brasília, 2012.

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). *Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2ª edição; Brasília, 2008.

1.12 Taxa de Raspagem Supragengival

Conceituação

Número médio de raspagens supragengivais para cada 100 beneficiários com 12 anos de idade ou mais, fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número total de raspagens supragengivais por hemiarcada em beneficiários com 12 anos de idade ou mais, fora do período de carência} \div 4^*}{\text{Total de beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência para o procedimento}} \times 100$$

* Considerando que uma arcada completa é constituída por quatro hemiarcadas.

Definição de termos utilizados no Indicador

Raspagens supragengivais por hemiarcada (12 anos ou mais) - Procedimentos de raspagem para a remoção de cálculo supragengival, em beneficiários com 12 anos de idade ou mais.

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

Interpretação do Indicador

A placa bacteriana é o principal fator etiológico da gengivite e da periodontite. A terapia periodontal básica, que compreende a orientação e motivação para a higiene bucal, remoção mecânica de placa e cálculo, polimento coronário e/ou alisamento radicular e remoção dos fatores retentivos de placa, é um importante método de eliminação dos depósitos bacterianos

nas superfícies dentárias e, realizada oportunamente, proporciona a proteção específica do indivíduo contra as doenças periodontais.

Desta forma, este indicador estima a cobertura de raspagem supragengival visando a redução dos fatores de risco, a prevenção e a limitação das consequências ocasionadas pela gengivite e periodontite, em indivíduos com 12 anos de idade ou mais, na atenção suplementar à saúde.

Usos

Analisar a cobertura de raspagem supragengival, identificando variações e tendências que demandem a implementação de ações para a prevenção e intervenção precoce nas doenças periodontais.

Possibilitar a realização de análises epidemiológicas comparativas, observando a série histórica do indicador, e correlacionando a realização de procedimentos periodontais básicos com a incidência de gengivite e periodontite, na população de beneficiários com 12 anos de idade ou mais.

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 periodontais.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

Em relação à condição periodontal, o Índice CPI foi utilizado para identificar a presença de sangramento e cálculo na idade de 12 anos e, sangramento, cálculo e bolsas periodontais rasas (de 3 a 5 mm) e profundas (6 mm ou mais) nos grupos representativos dos adolescentes (15 a 19 anos), dos adultos (35 a 44 anos) e dos idosos. Nos adultos e idosos também se dimensionou a Perda de Inserção Periodontal pelo PIP.

Como resultados mais significativos, observou-se que, no Brasil, 62,9% das crianças de 12 anos apresentaram todos os sextantes hígidos. A presença de cálculo foi a pior condição periodontal observada (23,7%) e, com relação ao sangramento, 11,7% do total de crianças apresentaram esta condição como escore máximo. No grupo de 15 a 19 anos, 50,9% dos examinados apresentaram todos os sextantes hígidos, entretanto 1,5% já tinham sextantes excluídos (menos de dois dentes presentes). Presença de cálculo foi a alteração periodontal mais presente neste

grupo etário (28,4%). Já no grupo etário de 35 a 44 anos, 32,3% apresentaram, como pior escore, os sextantes excluídos e 17,8% apresentaram todos os sextantes hígidos. A presença de cálculo foi a condição mais expressiva, presente em 28,6% dos adultos examinados e 19,4% tinham bolsas periodontais. Por fim, as condições periodontais no grupo de 65 a 74 anos mostraram que 90,5% tinham sextantes excluídos. Dos poucos sextantes em condições de exame nesse grupo etário, 4,2% apresentavam cálculo e 3,3% bolsas periodontais, sendo que, destas, 2,5% eram bolsas rasas.

A partir da análise da prevalência de cada condição isoladamente, pode-se observar que a prevalência de sangramento gengival aumenta dos 12 anos à vida adulta decrescendo nos idosos conforme Tabela 1. Para o país, cerca de um quarto dos adolescentes de 12 anos de idade, um terço dos adolescentes de 15 a 19 anos, aproximadamente a metade dos adultos de 35 a 44 anos de idade e menos de um quinto dos idosos apresentaram sangramento gengival. A presença de cálculo dentário aumenta com a idade, atingindo a maior prevalência entre adultos, próximo dos 64%, declinando nos idosos.

Tabela 1. Prevalência de Sangramento, Cálculo e Bolsa Periodontal Rasa e Profunda segundo a idade e região. Brasil, 2010.

Região	n	Sangramento				Cálculo				Bolsa Rasa				Bolsa Profunda			
		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)					
			L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.				
12 anos																	
Norte	1.743	40,1	32,2	48,6	44,2	36,9	51,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nordeste	2.041	26,6	22,0	31,8	25,7	20,7	31,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudeste	1.342	24,0	18,5	30,5	20,3	15,7	25,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sul	1.010	34,0	25,4	43,8	24,9	18,7	32,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Centro-Oeste	1.192	25,8	19,8	32,8	23,9	18,4	30,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasil	7.328	27,1	23,1	31,5	24,0	20,5	27,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 a 19 anos																	
Norte	1.367	51,0	45,4	56,7	57,2	50,7	63,5	21,4	16,1	27,8	1,9	0,9	3,9				
Nordeste	1.438	35,2	29,5	41,4	43,7	37,8	49,7	10,1	7,4	13,6	0,7	0,3	2,0				
Sudeste	913	32,0	24,1	41,2	30,8	24,6	37,7	8,3	5,3	12,9	0,7	0,3	1,8				
Sul	818	30,3	23,3	38,4	38,2	31,4	45,4	8,4	4,9	14,0	0,1	0,0	0,3				
Centro-Oeste	909	30,7	25,5	36,4	37,2	30,5	44,5	8,4	6,2	11,4	1,0	0,3	3,4				
Brasil	5.445	33,8	28,8	39,2	36,2	32,0	40,7	9,7	7,6	12,4	0,8	0,4	1,3				
35 a 44 anos																	
Norte	2.585	52,4	44,4	60,4	70,2	64,6	75,3	33,5	29,1	38,3	5,1	3,5	7,4				
Nordeste	2.456	44,4	40,5	48,4	62,0	58,5	65,4	25,1	21,4	29,2	5,3	4,0	7,0				
Sudeste	1.608	47,9	42,0	53,8	65,3	60,3	70,0	29,3	25,4	33,6	7,5	5,5	10,2				
Sul	1.638	37,5	30,8	44,8	59,7	54,9	64,3	21,7	17,1	27,1	5,8	3,7	9,0				
Centro-Oeste	1.492	43,9	37,4	50,7	61,5	55,4	67,2	26,6	22,6	30,9	8,8	5,0	15,0				
Brasil	9.779	45,8	42,0	49,7	64,1	61,0	67,1	27,7	25,0	30,6	6,9	5,5	8,7				
65 a 74 anos																	
Norte	1.758	19,9	16,3	23,9	31,2	26,2	36,6	13,5	11,2	16,2	3,9	2,3	6,4				
Nordeste	2.294	20,2	17,3	23,5	31,2	28,0	34,7	11,7	9,7	14,1	3,4	2,3	5,0				
Sudeste	1.287	17,3	13,1	22,6	27,2	22,6	32,4	13,7	10,1	18,4	2,9	1,8	4,5				
Sul	1.163	18,9	14,0	25,0	29,4	23,6	35,9	15,1	11,9	19,0	4,3	2,4	7,6				
Centro-Oeste	1.117	19,6	15,1	25,1	28,7	23,8	34,1	15,8	12,2	20,2	4,6	2,7	7,6				
Brasil	7.619	18,1	15,2	21,5	28,3	25,1	31,7	13,9	11,4	16,8	3,3	2,5	4,4				

Fonte: SB BRASIL, 2010 Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais (BRASIL, 2012).

Dessa forma, a partir dos dados da Tabela 1 proveniente da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, obteve-se o quadro abaixo:

Quadro 1. Prevalência de Cálculo segundo a idade. BRASIL, 2010.

Faixa Etária	Total de indivíduos	Indivíduos com presença de cálculo (n)	Indivíduos com presença de cálculo (%)
12 anos	7328	1759	24,0
15 a 19 anos	5445	1971	36,2
35 a 44 anos	9779	6268	64,1
65 a 74 anos	7619	2156	28,3
Total	30171	12154	40,3

Observou-se a presença de cálculo em 40,3% dos indivíduos examinados pela pesquisa, o que aponta para a necessidade de pelo menos um procedimento de raspagem para cada indivíduo afetado. Com base nestes dados, espera-se cerca de 40 raspagens para cada 100 indivíduos com 12 anos ou mais no período de 1 ano ou, aproximadamente, cerca de 10 raspagens para cada 100 indivíduos com 12 anos ou mais por trimestre.

Meta

Apresentar resultado igual ou superior a 70% das raspagens esperadas para o trimestre, ou seja, 7 raspagens para cada 100 beneficiários, com 12 anos ou mais, fora de carência para o procedimento, por trimestre.

Pontuação

Resultado do indicador	Valor de 0 a 1
Problema de informação ou Resultado = 0	0
$0 < \text{Resultado} < 7$	Resultado/7
Resultado ≥ 7	1

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.4 “Raspagem supragengival por hemiarçada (12 anos ou mais)”;

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.4 “Raspagem supragengival por hemiarçada (12 anos ou mais)”;

Critérios de aplicabilidade

O indicador se aplica a operadoras que atuam na segmentação odontológica.

Limitações e Vieses

Variabilidade da necessidade do procedimento em função dos diferentes fatores etiológicos gerais/ condicionantes relacionados ao risco da doença periodontal na população.

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

A perspectiva de cobertura do indicador poderá ser influenciada pela ocorrência de eventos repetidos em um mesmo indivíduo no decorrer do período.

O indicador poderá ser influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso à atenção odontológica.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. *SB BRASIL 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Ministério da Saúde, Brasília, 2012.

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). *Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2ª edição; Brasília, 2008.

1.13 Taxa de Dentes Permanentes com Tratamento Endodôntico Concluído

Conceituação

Número médio de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído para cada 10 beneficiários com 12 anos ou mais fora do período de carência, no período considerado.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número total de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído em beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência}}{\text{Total de beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência para o procedimento}} \times 10$$

Definição de termos utilizados no Indicador

Tratamento endodôntico concluído em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais) – número de dentes permanentes, cujos procedimentos de preparo e preenchimento endodôntico com material obturador foram concluídos, independentemente do número de condutos radiculares em beneficiários com 12 anos de idade ou mais.

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

Interpretação do Indicador

A progressão da lesão cáriosa e das lesões periodontais para as regiões mais profundas da estrutura dentária agride a polpa, causando um processo inflamatório. Quando esta inflamação progride e torna-se irreversível, ocorre a necessidade de tratamento endodôntico, em função da odontalgia ou da evolução para a necrose da polpa.

Altas taxas de tratamento endodôntico sugerem um modelo assistencial insatisfatório, com baixo estímulo às ações de promoção e prevenção.

No entanto, devemos atentar para o fato que tratamentos endodônticos também são indicados por causas não evitáveis com ações preventivas, tais como traumatismo dentário ou por indicação protética. Portanto, taxas muito baixas de tratamento endodôntico também não são desejadas, pois sugerem dificuldade de acesso aos serviços especializados e de maior complexidade.

Usos

Dimensionar a realização de tratamento endodôntico, na atenção suplementar à saúde, identificando variações e tendências que demandem a implementação de ações para a prevenção da cárie e doença periodontal, o diagnóstico precoce das lesões inflamatórias da polpa e o acesso aos serviços odontológicos especializados.

Possibilitar a realização de análises epidemiológicas comparativas, observando a série histórica do indicador, e correlacionando as ações implementadas com a taxa de dentes com tratamento endodôntico concluído.

Analisar a orientação dos modelos assistenciais praticados na atenção odontológica suplementar, bem como a existência de barreiras para o acesso aos procedimentos odontológicos de maior complexidade.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Na Tabela 1 são apresentados os resultados do Projeto SB Brasil 2010 (BRASIL, 2012) sobre a necessidade de tratamento odontológico, por tipo de tratamento, para o país e por região, segundo o grupo etário, nas dentições decídua e permanente. Observam-se 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.

Tabela 1. Médias das necessidades de tratamento para cárie dentária e respectivos percentuais em relação ao total, segundo grupo etário e região. BRASIL, 2010.

Região	n	Com Necessidade																		
		Sem Necessidade		Rest. 1 Superfície		Rest. 2 ou mais superfícies		Coroa por qualquer razão		Faceta Estética		Trat. Pulpar mais restauração		Extração		Tratamento de Lesão Branca		Selante		
		Média	%	Média	%	Média	%	Média	%	Média	%	Média	%	Média	%	Média	%	Média	%	
5 anos	Norte	1.774	16,74	82,4	1,53	7,5	1,05	5,2	0,02	0,1	0,00	0,0	0,24	1,2	0,26	1,3	0,07	0,3	0,40	2,0
	Nordeste	2.109	17,86	86,6	1,52	7,4	0,85	4,1	0,00	0,0	0,00	0,0	0,15	0,7	0,15	0,7	0,01	0,0	0,08	0,4
	Sudeste	1.283	18,75	91,3	0,88	4,3	0,66	3,2	0,01	0,0	0,01	0,0	0,12	0,6	0,08	0,4	0,02	0,1	0,01	0,0
	Sul	927	18,09	89,7	1,10	5,5	0,61	3,0	0,02	0,1	0,00	0,0	0,09	0,4	0,22	1,1	0,02	0,1	0,02	0,1
	Centro-Oeste	1.124	17,95	87,2	1,26	6,1	0,94	4,6	0,02	0,1	0,00	0,0	0,17	0,8	0,12	0,6	0,03	0,1	0,10	0,5
	Brasil	7.217	18,32	89,5	1,07	5,2	0,73	3,6	0,01	0,0	0,01	0,0	0,13	0,6	0,12	0,6	0,02	0,1	0,06	0,3
12 anos	Norte	1.703	23,01	87,8	1,58	6,0	0,62	2,4	0,01	0,0	0,01	0,0	0,17	0,6	0,20	0,8	0,04	0,2	0,56	2,1
	Nordeste	2.021	24,28	91,6	1,35	5,1	0,43	1,6	0,01	0,0	0,00	0,0	0,09	0,3	0,14	0,5	0,02	0,1	0,20	0,8
	Sudeste	1.339	24,75	94,4	0,69	2,6	0,23	0,9	0,01	0,0	0,00	0,0	0,06	0,2	0,08	0,3	0,04	0,2	0,37	1,4
	Sul	1.005	24,68	94,1	0,92	3,5	0,36	1,4	0,00	0,0	0,00	0,0	0,09	0,3	0,09	0,3	0,02	0,1	0,06	0,2
	Centro-Oeste	1.179	24,50	92,5	1,26	4,8	0,44	1,7	0,01	0,0	0,01	0,0	0,12	0,5	0,09	0,3	0,00	0,0	0,07	0,3
	Brasil	7.247	24,51	93,3	0,92	3,5	0,32	1,2	0,01	0,0	0,00	0,0	0,08	0,3	0,10	0,4	0,03	0,1	0,31	1,2
15 a 19 anos	Norte	1.344	23,88	86,8	2,16	7,9	0,66	2,4	0,02	0,1	0,00	0,0	0,25	0,9	0,38	1,4	0,00	0,0	0,15	0,5
	Nordeste	1.419	25,80	91,4	1,34	4,7	0,60	2,1	0,01	0,0	0,00	0,0	0,14	0,5	0,29	1,0	0,02	0,1	0,02	0,1
	Sudeste	910	26,73	94,3	0,78	2,8	0,29	1,0	0,01	0,0	0,00	0,0	0,07	0,2	0,15	0,5	0,02	0,1	0,30	1,1
	Sul	810	26,55	94,3	1,03	3,7	0,33	1,2	0,01	0,0	0,00	0,0	0,06	0,2	0,07	0,2	0,02	0,1	0,09	0,3
	Centro-Oeste	884	25,32	89,3	1,66	5,9	0,94	3,3	0,04	0,1	0,01	0,0	0,09	0,3	0,15	0,5	0,11	0,4	0,02	0,1
	Brasil	5.367	26,24	93,0	1,07	3,8	0,41	1,5	0,01	0,0	0,00	0,0	0,09	0,3	0,17	0,6	0,03	0,1	0,20	0,7
35 a 44 anos	Norte	2.520	16,46	83,1	1,61	8,1	1,08	5,5	0,05	0,3	0,00	0,0	0,13	0,7	0,45	2,3	0,02	0,1	0,01	0,1
	Nordeste	2.404	19,45	88,2	1,11	5,0	0,79	3,6	0,05	0,2	0,01	0,0	0,12	0,5	0,51	2,3	0,00	0,0	0,00	0,0
	Sudeste	1.586	21,85	91,7	0,84	3,5	0,65	2,7	0,08	0,3	0,00	0,0	0,12	0,5	0,28	1,2	0,01	0,0	0,00	0,0
	Sul	1.619	20,53	91,1	0,74	3,3	0,73	3,2	0,15	0,7	0,01	0,0	0,06	0,3	0,32	1,4	0,00	0,0	0,00	0,0
	Centro-Oeste	1.435	19,10	86,7	1,32	6,0	1,07	4,9	0,10	0,5	0,01	0,0	0,09	0,4	0,33	1,5	0,00	0,0	0,00	0,0
	Brasil	9.564	20,86	90,5	0,93	4,0	0,73	3,2	0,09	0,4	0,00	0,0	0,11	0,5	0,32	1,4	0,01	0,0	0,00	0,0
65 a 74 anos	Norte	1.722	3,48	74,2	0,40	8,5	0,44	9,4	0,01	0,2	0,00	0,0	0,07	1,5	0,28	6,0	0,01	0,2	0,00	0,0
	Nordeste	2.271	5,11	81,9	0,47	7,5	0,32	5,1	0,01	0,2	0,00	0,0	0,04	0,6	0,29	4,6	0,00	0,0	0,00	0,0
	Sudeste	1.277	5,33	88,0	0,28	4,6	0,20	3,3	0,02	0,3	0,00	0,0	0,02	0,3	0,21	3,5	0,00	0,0	0,00	0,0
	Sul	1.148	5,56	86,2	0,30	4,7	0,31	4,8	0,03	0,5	0,00	0,0	0,00	0,0	0,25	3,9	0,00	0,0	0,00	0,0
	Centro-Oeste	1.091	4,53	81,5	0,46	8,3	0,32	5,8	0,02	0,4	0,00	0,0	0,04	0,7	0,19	3,4	0,00	0,0	0,00	0,0
	Brasil	7.509	5,20	86,1	0,32	5,3	0,25	4,1	0,02	0,3	0,00	0,0	0,02	0,3	0,23	3,8	0,00	0,0	0,00	0,0

Fonte: SB BRASIL, 2010 Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais (BRASIL, 2012).

A partir dos dados da Tabela 1 proveniente do Projeto SB Brasil 2010, obteve-se o quadro abaixo:

Quadro 1. Média de número de dentes e indivíduos com necessidade de tratamento pulpar, segundo a idade. Brasil, 2010.

Faixa etária	Total de indivíduos	Média de dentes com necessidade de tratamento pulpar por indivíduo	Média de dentes com necessidade de tratamento pulpar na faixa etária
12 anos	7247	0,08	579,76
15 a 19 anos	5367	0,09	483,03
35 a 44 anos	9564	0,11	1052,04
65 a 74 anos	7509	0,02	150,18
Total	29687	0,076	2265,01

Com base nestes dados, chega-se a uma média de 0,076 dentes com necessidade de tratamento pulpar por indivíduo com 12 anos ou mais no período de 1 ano. Ou, aproximadamente, cerca de 0,2 dentes com necessidade de tratamento pulpar para cada 10 indivíduos com 12 anos ou mais por trimestre.

Meta

Apresentar resultado igual ou superior a 70% da média esperada para o trimestre, ou seja, 0,14 dentes com tratamento endodôntico concluído para cada 10 beneficiários com 12 anos ou mais, fora da carência para o procedimento por trimestre.

Pontuação

Resultado do indicador	Valor de 0 a 1
Problema de informação ou Resultado = 0	0
Resultado < 0,14	Resultado/0,14
Resultado \geq 0,14	1

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.9 “Tratamento endodôntico concluído em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais)” ; coluna II (Eventos)

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.9 “Tratamento endodôntico concluído em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais)” ; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência)

Critérios de aplicabilidade

O indicador se aplica a operadoras que atuam na segmentação odontológica e possuem 300 beneficiários ou mais, fora de carência para tratamento endodôntico no período considerado.

Limitações e Vieses

O indicador poderá ser influenciado:

- Pelo tempo de permanência do beneficiário no plano, quando este for insuficiente para evitar endodontias por meio de ações de promoção e prevenção implementadas pela operadora e, também, quando não houver possibilidade de evitar endodontias, diante da entrada de novos beneficiários com a necessidade já instalada;
- Pela composição etária da carteira de beneficiários; e
- Pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso à atenção odontológica.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. *SB BRASIL 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Ministério da Saúde, Brasília, 2012.

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). *Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2ª edição; Brasília, 2008.

1.14 Taxa de Próteses Odontológicas Unitárias

Conceituação

Número médio de próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida) para cada 1.000 beneficiários fora do período de carência, no período considerado.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de próteses unitárias realizadas no período}}{\text{Total de beneficiários fora do período de carência para procedimentos odontológicos}} \times 1000$$

Definição de termos utilizados no Indicador

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

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

Interpretação do Indicador

Estima o número de próteses unitárias realizadas para a população assistida, acompanhando a assistência prestada para reabilitação oral na saúde suplementar.

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

Usos

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

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

Parâmetros e Dados Estatísticos

Para avaliar a cobertura de próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida) realizadas na dentição decídua e permanente em beneficiários da saúde suplementar

será utilizada como parâmetro a mediana das operadoras exclusivamente odontológicas por porte.

Meta

Atingir um resultado maior ou igual à mediana das Operadoras exclusivamente odontológicas por porte.

Pontuação

Resultado do Indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de informação ou Resultado = 0	0
$0 < \text{Resultado} < \text{Mediana}$	Resultado/Mediana
Resultado \geq Mediana	1

Fonte

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

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I “Procedimentos odontológicos”; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência).

Critérios de aplicabilidade

O indicador se aplica a operadoras que atuam na segmentação odontológica e possuem 300 beneficiários ou mais fora de carência para prótese odontológica no período considerado.

Limitações e vieses

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

Referências

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). *Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2ª edição; Brasília, 2008.

1.15 Pontuação Bônus para Operadoras com Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças

Conceituação

Pontuação bônus acrescida à nota obtida na Dimensão Assistencial caso a operadora possua programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados junto à ANS, na data de corte estabelecida para o processamento do Risco Assistencial.

Método de Cálculo

Bônus Promoprev = 0,15 x Nota Dimensão Assistencial

Nota Final Dimensão Assistencial = Nota Dimensão Assistencial + Bônus Promoprev

Observação: A Nota Final na Dimensão Assistencial já acrescida do Bônus Promoprev não poderá ultrapassar o valor 1 (um).

Crítérios de elegibilidade ao Bônus Promoprev

Para obter esta pontuação, a operadora deverá ter:

Formulário de Cadastramento (FC) aprovado pela ANS, até a data de corte estabelecida para o processamento do Risco Assistencial, ou ter o Formulário de Monitoramento (FM) do programa cadastrado aprovado até a data de corte, quando devido.

Interpretação do Bônus Promoprev

Bonifica a operadora que possui programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados junto à ANS, elevando, assim, a sua pontuação no Risco Assistencial.

Usos

Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde a encaminharem seus programas à ANS, contribuindo para a melhoria dos níveis de saúde da população beneficiária.

Referências

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa 264 de 19 de agosto de 2011.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa 265 de 19 de agosto de 2011.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa 34 de 19 de agosto de 2011.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa 35 de 19 de agosto de 2011.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa Conjunta 7 de 23 de novembro de 2012.

2. DIMENSÃO ATUARIAL DOS PRODUTOS

2.1 PMPE - Prazo médio de pagamento de eventos

2.1 PMPE - Prazo médio de pagamento de eventos

Conceituação

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

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar}}{\text{Eventos Indenizáveis Líquidos – Variação da PEONA}} \times T$$

Definição dos termos utilizados no indicador

Numerador – Eventos conhecidos de assistência à saúde não liquidados e por isso registrados no Passivo das Operadoras.

Denominador – Eventos conhecidos ou indenizações avisadas de assistência à saúde, descontados os eventos recuperados, glosas, coparticipação do beneficiário e ressarcimentos, subtraídos da variação da provisão dos eventos ocorridos e não avisados.

T – corresponde ao número de dias, considerando o ano civil, dos meses dos trimestres considerados no cálculo, conforme tabela a seguir:

Trimestre do Ano

Trimestre do Ano	Número de Dias (T)
1º	90
2º	180
3º	270
4º	360

Interpretação do Indicador

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

Um eventual alongamento do prazo médio de pagamento pode revelar uma dificuldade da operadora em honrar seus compromissos com a rede de prestadores, o que pode levar a dificuldades de acesso por parte dos beneficiários, elevando o risco assistencial.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O parâmetro é dado pelo prazo de 60 dias.

Meta

Atingir resultado menor ou igual a 60 dias

Pontuação

Resultado obtido	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de informação ou Resultado \geq 70 dias	0
60 dias < Resultado < 70 dias	$1 - \left(\frac{\text{Resultado} - 60}{10} \right)$
Resultado \leq 60 dias	1

Fonte

Documento de Informações Periódicas das Operadoras – DIOPS/ANS

Critérios de aplicabilidade

As Autogestões por RH são dispensadas do envio dos quadros econômico-financeiros do DIOPS, não sendo possível calcular este indicador nestes casos. As operadoras classificadas nas modalidades de cooperativa odontológica ou odontologia de grupo, com até 20.000 (vinte mil) beneficiários, número a ser apurado na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior, são dispensadas da obrigação de envio do DIOPS/ANS, versão XML, relativamente ao 1º (primeiro), 2º (segundo) e 3º (terceiro) trimestres, salvo se estiverem cumprindo plano de recuperação ou se estiverem sob regime de direção fiscal, não sendo possível calcular este indicador nestes casos. Como o PMPE pressupõe que a operadora esteja em funcionamento desde o início do ano em análise, operadoras que tenham tido autorização de funcionamento após 01/01 do ano em análise receberão “não se aplica”.

Limitações e vieses

A princípio, quanto menor o valor do indicador, melhor o resultado, uma vez que atrasos no pagamento a prestadores podem comprometer a qualidade do atendimento assistencial. Contudo, o indicador também é uma componente do ciclo financeiro (diferença entre os prazos de pagamento e recebimento). Assim, prazos médios de pagamento adequados são aqueles que não impliquem em atrasos a prestadores e sejam superiores aos prazos médios de recebimento, para que os fluxos de pagamento se realizem em tempo superior aos de recebimento. Assim, na avaliação do ciclo financeiro, o indicador deve ser avaliado conjuntamente com o indicador de Prazo Médio de Contraprestações a Receber – PMCR.

Referências

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Plano de Contas Padrão. Anuário: Aspectos Econômico-Financeiros das Operadoras de Plano de Saúde.

2.2 Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípico

Conceituação

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 NTRPs associadas a planos ativos em comercialização pela operadora.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{NTRPs associadas a planos ativos em comercialização da operadora abaixo do limite inferior}}{\text{Total de NTRPs associadas a planos ativos em comercialização da operadora.}}$$

Definição dos termos utilizados no indicador

Numerador: quantidade de notas técnicas de registro de produtos (NTRPs), 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 cinco 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 (NTRPs) associadas a planos ativos em comercialização no período de análise.

Interpretação do Indicador

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

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.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

A análise do VCM é feita dentro de cada um dos trinta grupos formados pela combinação dos cinco 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, foram 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

Resultado obtido pela operadora (de 0 a 1)	Pontuação
Resultado = 0	1
0 < Resultado < 1	1 – Resultado
Resultado = 1	0

Fontes

ANS – Nota Técnica de Registro de Produtos (NTRP)

ANS – RPS

Critérios de aplicabilidade

Planos odontológicos e planos com modalidade de financiamento pós-estabelecido não serão avaliados, uma vez que não possuem obrigatoriedade do envio de NTRP.

Referências

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 28/2000.

2.3 Índice Combinado Saúde Ampliado – ICSA (“Sinistralidade Líquida”)

Conceituação

Mostra a relação entre despesas operacionais (administrativas, comercialização e assistenciais) e não operacionais e as receitas operacionais (contraprestações efetivas) e não operacionais, inclusive o resultado financeiro.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Eventos Indenizáveis Líquidos + Despesas Administrativas + Despesas de Comercialização + Outras despesas Operacionais + Despesas Financeiras + |Contraprestações de Corresponsabilidade Cedida|}}{\text{Receitas com Assistência à Saúde + Tributos Diretos de Operações com Planos + Receitas Financeiras + Outras Receitas Operacionais + |Contraprestações de Corresponsabilidade Cedida|}}$$

Definição dos termos utilizados no indicador

Numerador: Valor total das despesas com a operação de planos de assistência à saúde e outras despesas não operacionais, inclusive financeiras, acrescido do valor absoluto das contraprestações de corresponsabilidade cedida.

Denominador: Valor total das receitas com a operação de planos de assistência à saúde e outras receitas não operacionais, inclusive financeiras, acrescido do valor absoluto das contraprestações de corresponsabilidade cedida.

Interpretação do Indicador

Este indicador mede a lucratividade de uma operadora antes do pagamento de impostos e participações. Uma piora deste indicador pode sugerir dificuldades financeiras por parte da operadora, o que pode comprometer a qualidade de seu atendimento assistencial.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O parâmetro é dado pelo resultado do indicador igual a 1, ou seja, na situação em que o Resultado Antes dos Impostos e Participações da operadora é igual a 0. É recomendado que o índice seja inferior a 1, para que a operadora consiga arcar com as despesas com tributos e, ainda assim, obter resultado líquido positivo.

Meta

Atingir resultado inferior a 0,90.

Pontuação

Resultado	Nota
Resultado > 1	0
$0,90 \leq \text{Resultado} \leq 1$	$(1 - \text{Resultado})/0,1$
Resultado < 0,90	1
Problema de informação	0

Fonte

Documento de Informações Periódicas das Operadoras – DIOPS/ANS

Critérios de aplicabilidade

As Autogestões são pessoas jurídicas que operam plano privado de assistência à saúde para um grupo restrito de beneficiários e não possuem fins lucrativos, de modo que se optou por não aplicar este indicador a esta modalidade de operadoras. As operadoras classificadas nas modalidades de cooperativa odontológica ou odontologia de grupo, com até 20.000 (vinte mil) beneficiários, número a ser apurado na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior, são dispensadas da obrigação de envio do DIOPS/ANS, versão XML, relativamente ao 1º (primeiro), 2º (segundo) e 3º (terceiro) trimestres, salvo se estiverem cumprindo plano de recuperação ou se estiverem sob regime de direção fiscal, não sendo possível calcular este indicador nestes casos.

Limitações e vieses

Os índices são calculados com base nas informações prestadas pelas operadoras, de forma que não levamos em consideração eventuais informações constantes das Demonstrações Contábeis da operadora, especialmente o Parecer dos Auditores Independentes, que possa desqualificar os dados apresentados no Balanço Patrimonial da operadora. Nesse sentido, corremos o risco de avaliar bem uma operadora que apresenta resultados contábeis que não sejam reais ou cujos dados tenham ressalvas no Parecer de Auditoria.

Referências

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Plano de Contas Padrão. Anuário: Aspectos Econômico-Financeiros das Operadoras de Plano de Saúde.