

Gerência/Diretoria: **GGRAS/DIPRO**
Protocolo n.º. 33902.570163/2016-16
Data Registro: 15/12/2016
Hora Registro: 11:36
Assinatura: Amanda



Nota N° 791/2016/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS

Rio de Janeiro, 15 de dezembro de 2016.

Assunto: Indicadores para o mapeamento do risco assistencial, com base nos dados coletados nos sistemas de informação da ANS, em conformidade com os Arts. 5º e 6º da Resolução Normativa - RN n° XXX de XX de dezembro de 2016

A presente Nota Técnica tem como objetivo apresentar os indicadores do mapeamento do risco assistencial, com base nos dados coletados nos sistemas de informação da ANS, definidos pela Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO e aprovados pela Diretoria Colegiada, em conformidade com os Arts. 5º e 6º da Resolução Normativa - RN n° XXX de XX de dezembro de 2016.

1 – DIMENSÃO ASSISTENCIAL

1.1 NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS POR BENEFICIÁRIO

Conceituação

Número de consultas médicas ambulatoriais em relação ao número total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Método de Cálculo

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

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

A mediana de consultas médicas ambulatoriais informadas pelas operadoras no ano de 2014 pelo Sistema de Informações de Produtos (SIP) foi de cerca de 4 consultas médicas por beneficiário (BRASIL/ANS, 2014).

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
$0,6 \leq \text{Resultado} < 1$	$\frac{\text{Resultado} - 0,6}{0,4}$
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).

Crítérios de aplicabilidade

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

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários.

Identificar as necessidades de saúde dos indivíduos.

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

Limitações e Vieses

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

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

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

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sistema de Informações de Produtos – SIP. 2014.

1.2 NÚMERO DE CONSULTAS AMBULATORIAIS COM PEDIATRA POR BENEFICIÁRIO ATÉ 14 ANOS

Conceituação

Número de consultas ambulatoriais com pediatra em relação ao número total de beneficiários até 14 anos fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Método de Cálculo

$\frac{\text{Número de consultas ambulatoriais com pediatra}}{\text{Número total de beneficiários com idade igual ou inferior a 14 anos em planos que incluem a segmentação ambulatorial fora do período de carência}}$

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 igual ou inferior a 14 anos em planos que incluem a segmentação ambulatorial fora do período de carência – Total de beneficiários fora do período de carência com idade igual ou inferior a 14 anos que possuam planos que incluem a segmentação ambulatorial, podendo incluir ou não as demais segmentações assistenciais.

Interpretação do Indicador

Permite estimar a cobertura de consultas ambulatoriais com pediatra em relação ao total de beneficiários com idade igual ou inferior a 14 anos.

Apona situações de dificuldade de acesso aos serviços de atenção básica por 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 por crianças e adolescentes.

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/ANS, 2016) estabelece como diretriz clínica 11 consultas com pediatra na faixa etária de 0 a 2 anos,

cinco na faixa de 2 a 4 anos, seis na faixa de 5 a 10 anos e 9 na faixa de 11 a 19 anos. Tendo em consideração esta recomendação e a distribuição de beneficiários nestas faixas etárias segundo o Sistema de Informação de Beneficiários – SIB da ANS em setembro de 2016 (BRASIL/ANS, 2016), chega-se a 2,02 consultas por beneficiário ≤ 14 anos por ano, aproximadamente 0,50 por trimestre (vide Quadro abaixo).

Faixa Etária	Consultas recomendadas no período	Média de consultas recomendadas por ano	Total de beneficiários na segmentação ambulatorial
Até 1 ano	8	8	661.040
1 a 4 anos	8	2,7	2.861.047
5 a 9 anos	5	1	3.120.885
10 a 14 anos	5	1	2.692.009

Fontes:

Rol/ANS 2016 – Anexo III – Diretrizes Clínicas

SIB/ANS – competência – setembro de 2016

Meta

Apresentar uma produção igual ou superior a 0,35 consultas com pediatra por beneficiário ≤ 14 anos por trimestre (70% de 0,50).

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado $\leq 0,10$	0
Mediana $0,10 < \text{Resultado} < 0,35$	$\frac{\text{Resultado} - 0,10}{0,25}$
Resultado $\geq 0,35$	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 ≤ 14 anos em planos que incluam a segmentação ambulatorial, no período considerado.

Critérios de aplicabilidade

O indicador não se aplica a:

- operadoras que não atuam na segmentação ambulatorial; ou
- operadoras que atuam na segmentação ambulatorial, contudo o número de beneficiários ≤ 14 anos nesta segmentação no período considerado é menor ou igual a 50.

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

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

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

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

Limitações e Vieses

Operadoras com predomínio em sua população em idade pediátrica de adolescentes (≥ 11 anos) poderão apresentar um número de consultas/beneficiário inferior à meta sem que isso represente dificuldades de acesso aos pediatras da rede prestadora. Isto acontece por diversos fatores, entre 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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2016 - Anexo III, Diretrizes Clínicas.

Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/rol/rol2016_diretrizes_clinicas.pdf. Acesso: 11jan2016.

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

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

1.3 PROPORÇÃO DE CONSULTA MÉDICA EM PRONTO SOCORRO

Conceituação

Percentual do número de consultas médicas em pronto socorro em relação ao número total de consultas médicas ocorridas em um período.

Método de Cálculo

Número de Consultas Médicas em Pronto Socorro	X 100
---	-------

Número de Consultas Médicas

Definição de termos utilizados no Indicador

Consultas médicas em pronto socorro – Atendimento prestado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina em pronto socorro.

Consultas médicas – Atendimento prestado 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, estimou que cerca de 15% do total de consultas médicas decorrem de situações de urgência e emergência.

Meta

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

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de informação ou Resultado = 0 ou Resultado > 20	0
$0 < \text{Resultado} < 5$	$\frac{\text{Resultado}}{5}$
$5 \leq \text{Resultado} \leq 20$	1

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 não se aplica a:

- operadoras que não atuam na segmentação ambulatorial; ou
- operadoras que atuam na segmentação ambulatorial, contudo o número de beneficiários nesta segmentação no período considerado é menor ou igual a 50.

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

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

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

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

Limitações e Vieses

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

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

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

Referências

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

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

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

1.4 TAXA DE EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Conceituação

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

Método de Cálculo

$\frac{\text{Número de Exames de Ressonância Magnética}}{\text{Número total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento}} \times 1000$

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.

Há a possibilidade de indicar 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

A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária – AMS do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em 2009, identificou 1130 equipamentos de ressonância magnética em serviços privados no Brasil, o que corresponde a 28,23 equipamentos por 1.000.000 de beneficiários de planos privados de saúde existentes naquele ano, quatro vezes superior à taxa para a população geral.

De acordo com os dados informados pelas operadoras, nos anos de 2014 e 2015, pelo Sistema de Informações de Produtos – SIP e Sistema de Informações de Beneficiários – SIB, o número de exames de ressonância magnética por 1.000 beneficiários oscilou de 119 a 132 por ano (cerca de 30 exames de ressonância/1000 beneficiários/trimestre).

Os países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE/OECD relataram para o ano de 2013 (ou ano mais próximo) uma média de 23 exames de ressonância magnética na atenção ambulatorial por 1.000 habitantes.

Meta

Apresentar resultado maior ou igual a 70% da mediana do setor por porte no período de análise.

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 < $0,7 \times$ Mediana	$\frac{\text{Resultado} - 0,2 \times \text{Mediana}}{0,7 \times \text{Mediana} - 0,2 \times \text{Mediana}}$
Resultado $\geq 0,7 \times$ Mediana	1

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item C. “Exames”; sub item 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. 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. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Estatísticas da Saúde – Assistência Médico-Sanitária. Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sistema de Informações de Produtos – SIP. 2013.

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

1.5 ÍNDICE DE SESSÕES DE QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA POR CONSULTA MÉDICA

Conceituação

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

Método de Cálculo

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

Definição de termos utilizados no Indicador

- **Numerador:** Número de sessões de quimioterapia sistêmica identificados no Sistema de Informações dos Produtos - SIP, no período de análise.
- **Denominador:** Número de consultas médicas identificadas no SIP no período de análise.

Interpretação do Indicador

É um indicador de cobertura que estima o número de sessões de quimioterapia para o tratamento de câncer em relação às consultas médicas.

Há a possibilidade de indicar 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

De acordo com o INCA – Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde, estima-se que o câncer acomete de 0,13% a 0,24% da população, anualmente. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1101/2002, estabelece que a necessidade de sessões de quimioterapia para o tratamento de câncer varia entre 0,07% e 0,27% do total das consultas médicas.

Essa portaria também estima que 70% das pessoas que desenvolvem câncer deverão ser submetidas à quimioterapia.

Meta

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

Pontuação

Resultado do indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de informação ou Resultado = 0	0
$0 < \text{Resultado} < 0,07$	$\frac{\text{Resultado}}{0,07}$
Resultado $\geq 0,07$	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 A “Consultas médicas”; coluna II (Eventos).

Critérios de aplicabilidade

O indicador não se aplica a:

- operadoras que não atuam na segmentação ambulatorial; ou

- operadoras que atuam na segmentação ambulatorial mas não realizaram nenhum evento de quimioterapia sistêmica e nenhum evento de consulta médica no período de análise; ou
- operadoras que atuam na segmentação ambulatorial, realizaram consultas médicas e possuem menos de 2.000 beneficiários 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. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, [dez] 2010. 64 p.

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

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

1.6 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 49,9 por 100.000 indivíduos em 2013, estável em relação a 2012 (50,3 por 100.000), a qual havia mostrado crescimento de quase 6% em relação a 2011 (47,5 por 100.000).

O Inquérito estimou que 83,6% dos pacientes em diálise crônica de fonte pagadora não SUS faziam tratamento por hemodiálise convencional em 2013. Para fins do Monitoramento do Risco Assistencial, adotou-se uma prevalência de 41,7 pacientes em hemodiálise crônica convencional por 100.000 beneficiários (83,6% de 49,9 por 100.000) e uma média de três sessões semanais (39 sessões por trimestre), resultando em cerca de 0,016 sessões por beneficiário por trimestre.

Meta

Apresentar um número de sessões de hemodiálise crônica superior a 0,013 sessões por beneficiário por trimestre, ou seja, cerca de 80% do valor esperado de 0,016 sessões por beneficiário por trimestre.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado = 0	0
$0 < \text{Resultado} < 0,013$	$\frac{\text{Resultado}}{0,013}$
Resultado $\geq 0,013$	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)

Critérios de aplicabilidade

O indicador não se aplica a:

- operadoras que não atuam na segmentação ambulatorial; ou
- operadoras que atuam na segmentação ambulatorial e possuem menos de 2.000 beneficiários 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 PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Rede Interagencial De Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília, DF, 2008.

SESSO, Ricardo Cintra et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2013-Análise das tendências entre 2011 e 2013. J. Bras. Nefrol., v. 36, n. 4, p. 476-481, 2014.

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

1.7 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.

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

A produção elevada de internações hospitalares pode apontar a incapacidade da operadora em evitar parte das internações hospitalares por meio do acesso à

atenção básica e/ou pelo desenvolvimento de ações de prevenção de riscos e doenças.

Usos

Identificar possíveis variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, no setor suplementar. Avaliar a evolução da realização de internações hospitalares, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de alta complexidade.

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

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002, estimou que de 7% a 9% da população apresentam necessidade de internações hospitalares durante um ano. Para o Monitoramento do Risco Assistencial será considerada a mediana do setor por porte no trimestre de análise.

Meta

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

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 < $0,7 \times$ Mediana	$\frac{\text{Resultado} - 0,2 \times \text{Mediana}}{0,7 \times \text{Mediana} - 0,2 \times \text{Mediana}}$
Resultado $\geq 0,7 \times$ 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 não se aplica a operadoras que não 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. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, [dez] 2010. 64 p.

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

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

1.8 TAXA DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA

Conceituação

Número médio de internações pediátricas para cada 100 beneficiários menores de 19 anos fora do período de carência para internações hospitalares, no período considerado.

Método de Cálculo

$\frac{\text{Número de internações pediátricas}}{\text{Total de beneficiários menores 19 anos em planos que incluem a segmentação hospitalar}} \times 100$
--

Definição de termos utilizados no Indicador

Internações pediátricas - Internações hospitalares voltadas para a manutenção da saúde e para a oferta de cuidados médicos às crianças desde o nascimento até a adolescência.

Número total de beneficiários menores de 19 anos em planos que incluem a segmentação hospitalar – Total de beneficiários com idade inferior a 19 anos que possuam planos que incluem a segmentação hospitalar, podendo incluir ou não as demais segmentações assistenciais.

Interpretação do Indicador

Permite estimar a cobertura de internações pediátricas em relação ao total de beneficiários menores de 19 anos fora do período de carência para internações hospitalares.

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

A produção elevada de internações pediátricas pode apontar a incapacidade da operadora em evitar parte destas internações por meio do acesso de crianças e adolescentes 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 de crianças e adolescentes aos serviços de saúde, no setor suplementar.

Avaliar a evolução da realização de internações pediátricas, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso de crianças e adolescentes aos serviços hospitalares.

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

A taxa de internação pediátrica calculada a partir dos dados informados pelas operadoras no ano de 2014 pelo Sistema de Informações de Produtos – SIP (BRASIL/ANS, 2014) atingiu 3,85%. As internações pediátricas na Saúde Suplementar, naquele ano, corresponderam a 5,12% do total de internações.

Meta

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

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado $\leq 0,2 \times$ Mediana	0

0,2 x Mediana < Resultado < 0,7 x Mediana	$\frac{\text{Resultado} - 0,2 \times \text{Mediana}}{0,7 \times \text{Mediana} - 0,2 \times \text{Mediana}}$
Resultado \geq 0,7 x Mediana	1

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item E “Internações”; Tipo de internação “4. Pediátrica”; coluna II (Eventos);

Denominador: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB); número médio de beneficiários de 0 a <19 anos de planos que contenham a segmentação hospitalar no período considerado.

Crítérios de aplicabilidade

O indicador não se aplica a:

- operadoras que não atuam na segmentação hospitalar; ou
- operadoras que atuam na segmentação hospitalar e possuem menos de 100 beneficiários menores de 19 anos na segmentação hospitalar no período considerado.

Limitações e Vieses

A facilidade de acesso de crianças e adolescentes a serviços de Atenção Primária à Saúde oferecidos pelas operadoras pode reduzir as internações hospitalares por condições consideradas sensíveis à atenção ambulatorial. O encontro de taxa baixa de internação pediátrica pode, portanto, ser decorrente da qualidade da atenção primária à saúde e integralidade do cuidado dentro da operadora e não necessariamente refletir dificuldade de acesso à atenção hospitalar. Assim, o indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada a crianças e adolescentes por uma determinada operadora.

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

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sistema de Informações de Produtos – SIP. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, [mar] 2015. 65 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>. Acesso em: 19/01/2016.

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

1.9 NÚMERO DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS INICIAIS POR BENEFICIÁRIO

Conceito

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

Método de cálculo

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

Definição de termos utilizados no indicador

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

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

Interpretação do indicador

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

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

Usos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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-ODONTOPEDIATRIA, 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. Assim, aos 5 anos de idade 46,6% das crianças brasileiras estão livres de cárie na dentição decídua e aos 12 anos 43,5% apresentam esta condição na dentição permanente. Com o avançar da idade os percentuais caem gradativamente de forma acentuada: 23,9% em jovens (15 a 19 anos), 0,9% em adultos (35 a 44 anos) e somente 0,2% em idosos (65 a 74 anos). A necessidade mais frequente, no que concerne à cárie, é de restaurações de uma superfície. Da mesma forma, observou-se que a presença de cálculo dentário aumenta com a idade, atingindo a maior prevalência entre adultos, próximo dos 64%, declinando nos idosos. As condições periodontais mais graves também apresentam esta tendência de elevação com a idade e de queda entre os idosos: bolsas periodontais rasas

acometem aproximadamente 10% dos jovens entre 15 a 19 anos, ¼ dos adultos entre 35 a 44 anos e 14% dos idosos; bolsas profundas, ainda mais raras, atingem menos de 1% dos jovens de 15 a 19 anos, menos de 7% dos adultos e aproximadamente 3% dos idosos (BRASIL, 2012).

Considerando a importância da intervenção odontológica, a Portaria 1.101/2002 do Ministério da Saúde indica que sejam realizados de 0,5 a 2 atendimentos odontológicos por habitante/ano, contabilizando tanto a consulta inicial quanto os procedimentos básicos.

Propõe-se, dessa forma, para o setor de saúde suplementar, o parâmetro mínimo estabelecido pela Portaria, visto que não há possibilidade de distinguir os beneficiários entrantes nas operadoras.

Meta

Apresentar resultado igual ou superior a 0,125 consulta odontológica inicial/beneficiário/trimestre.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado = 0	0
$0 < \text{Resultado} < 0,125$	$\frac{\text{Resultado}}{0,125}$
$\text{Resultado} \geq 0,125$	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).

Crítérios de aplicabilidade

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

Ações esperadas para causar impacto no indicador

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

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

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

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

Limitações e vieses

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

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

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

Referências

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

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

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

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

1.10 - TAXA DE RASPAGEM SUPRAGENGIVAL

Conceito

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

Número total de raspagens supragengivais por hemiarcada em beneficiários, com 12 anos de idade ou mais, fora do período de carência) ÷ 4 ¹	x 100
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> Total de beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência para o procedimento	

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.

¹ Considerando que uma arcada completa é constituída por 4 hemiarcadas.

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 periodontopatias.

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 periodontopatias.

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 (BRASIL, 2012), 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

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

TAXA DE RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	Pontuação
Resultado do indicador	Valor de 0 a 1
Problema de informação ou Resultado = 0	0

0 < Resultado < 7	<u>Resultad</u> c 7
Resultado ≥ 7	1

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.4 “Raspagem supra-gengival por hemi-arcada (12 anos ou mais)”;

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.4 “Raspagem-supra-gengival por hemi-arcada (12 anos ou mais)”;

Critérios de aplicabilidade

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

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários com 12 anos de idade ou mais, identificar os grupos de risco para a doença periodontal e adotar estratégias de busca ativa, organizando a rede assistencial para a prestação de serviços voltados para a prevenção da doença.

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

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

Possibilitar a implementação de uma política de capacitação e educação permanentes para a rede de prestadores, visando à uniformidade operacional e ao desenvolvimento de práticas centradas na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais.

Desenvolver programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças que utilizem a raspagem supragengival como estratégia de ação para a redução

das doenças periodontais em indivíduos na faixa etária de 12 anos de idade ou mais.

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

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

1.11 - TAXA DE DENTES PERMANENTES COM TRATAMENTO ENDODÔNTICO CONCLUÍDO

Conceito

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

Método de Cálculo

Número total de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído em beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência	x 10
<hr/> Total de beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência para o procedimento	

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 cariosa 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. O estudo SB- Brasil 2003 (BRASIL, 2010) estimou que, em 2010, 0,3% dos indivíduos examinados possuíam, pelo menos, 1 dente com indicação de tratamento pulpar mais restauração.

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. Dessa forma, este indicador estima o risco (probabilidade) dos beneficiários, com 12 anos de idade ou mais, realizarem tratamento endodôntico na dentição permanente, motivado pela progressão da cárie e da doença periodontal, na atenção suplementar à saúde.

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

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010, conhecida como Projeto SB Brasil

2010 (BRASIL, 2012), 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.

Na Tabela 1 são apresentados os resultados da necessidade de tratamento, de acordo com o Projeto SB Brasil 2010, para as regiões e o total do país, segundo o grupo etário, nas dentições decídua e permanente. Em todas as idades o percentual de dentes com necessidade de algum tratamento para cárie é baixo. A necessidade mais frequente é de restaurações de uma superfície. Assim como verificado para os índices de cárie, há desigualdades entre as regiões do país, sendo as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste as que em geral apresentam mais dentes que necessitam de restaurações, tratamentos pulpares ou extrações.

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

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 de carência para o procedimento, por trimestre.

Pontuação

TAXA DE DENTES PERMANENTES COM TRATAMENTO ENDODÔNTICO CONCLUÍDO	Pontuação
Resultado do indicador	Valor de 0 a 1
Problema de informação ou Resultado = 0	0
Resultado < 0,14	$\frac{\text{Resultado}}{0,14}$
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)”;

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

Critérios de aplicabilidade

O indicador não se aplica a:

- operadoras que não atuam na segmentação odontológica;ou

- operadoras que atuam na segmentação odontológica e possuem menos de 300 beneficiários com 12 anos ou mais fora de carência para tratamento endodôntico no período considerado.

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários, identificar os grupos de risco para lesões inflamatórias da polpa e adotar estratégias de busca ativa, organizando a rede assistencial para a prestação de serviços voltados para a prevenção da cárie dentária e doença periodontal.

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

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

Possibilitar a implementação de uma política de capacitação e educação permanente para a rede de prestadores, visando à uniformidade operacional e ao desenvolvimento de práticas centradas na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais.

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

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

1.12 PROPORÇÃO DE PRÓTESES ODONTOLÓGICAS UNITÁRIAS

Conceituação

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

Método de Cálculo

$\frac{\text{Total de próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida)}}{\text{Total de procedimentos odontológicos}} \times 100$
--

Definição de termos utilizados no Indicador

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

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

Interpretação do Indicador

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

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

Usos

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

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

Parâmetros e Dados Estatísticos

Para verificar a proporção de Próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida) realizadas na dentição decídua e permanente, em relação ao total de procedimentos odontológicos será utilizada como parâmetro a mediana do setor por porte.

Meta

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

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de informação ou Resultado =0	0
$0 < \text{Resultado} < 0,7 \times \text{Mediana}$	$\frac{\text{Resultado}}{0,7 \times \text{Mediana}}$
Resultado $\geq 0,7 \times \text{Mediana}$	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 II (Eventos).

Critérios de aplicabilidade

O indicador não se aplica a:

- operadoras que não atuam na segmentação odontológica;
- operadoras que atuam na segmentação odontológica e não realizaram nenhum procedimento odontológico; ou
- operadoras que atuam na segmentação odontológica, realizaram procedimentos odontológicos e possuem menos de 300 beneficiários fora de carência para prótese odontológica no período considerado.

Limitações e vieses

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

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

Referências

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

1.13 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

$$\text{Bônus Promoprev} = 0,15 \times \text{Nota Dimensão Assistencial}$$

$$\text{Nota Final Dimensão Assistencial} = \text{Nota Dimensão Assistencial} + \text{Bônus Promoprev}$$

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

Critérios 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

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

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa 265 de 19 de agosto de 2011.

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

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Instrução Normativa 35 de 19 de agosto de 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Instrução Normativa Conjunta 07 de 23 de novembro de 2012.

2 – DIMENSÃO ATUARIAL E ECONÔMICO-FINANCEIRA

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

$$\frac{\text{Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar}}{\text{Eventos Indenizáveis Líquidos ou Sinistros Retidos}} \times T$$

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, e acrescidos 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	Número de Dias (T)
1º	90
2º	180

Trimestre do ano	Número de Dias (T)
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 ≥ 70 dias	0
60 dias $<$ Resultado $<$ 70 dias	$1 - \left(\frac{\text{Resultado} - 60}{10} \right)$
Resultado ≤ 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.

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 realizem-se 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

Programa de Qualificação, Plano de Contas Padrão, IN DIOPE nº 9, Anuário 2007.

2.2 PROPORÇÃO DE NTRP's 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 NTRP's associadas a planos ativos em comercialização pela operadora.

Método de Cálculo

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

Definição dos termos utilizados no indicador

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

Este limite será calculado pela média do prêmio puro (coluna K) dos trinta grupos formados pela combinação dos 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 (NTRP's) 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 interquartílico 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 no indicador Nota da operadora (de 0 a 1)

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.

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

$$\frac{\text{Despesas Administrativas} + \text{Despesas de Comercialização} + \text{Eventos Indenizáveis Líquidos} + \text{Outras despesas Operacionais} + \text{Despesas Financeiras}}{\text{Contraprestações Efetivas} + \text{Receitas Financeiras} + \text{Outras Receitas Operacionais}}$$

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.

Denominador: Valor total das receitas com a operação de planos de assistência à saúde e outras receitas não operacionais, inclusive financeiras.

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 no indicador Nota da operadora (de 0 a 1)

Resultado	Nota
Resultado > 1	0
0,90 <= Resultado <= 1	(1 - Resultado)
Resultado < 0,90	1
Problema de informação	0

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.

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

3 – DIMENSÃO REDES ASSISTENCIAIS

3.1 - DISPERSÃO DE PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

Conceituação

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

Método de Cálculo

Nº de municípios com disponibilidade de procedimentos e serviços básicos de saúde	x 100
Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial	

Definição de termos utilizados no Indicador

Área Geográfica de Abrangência dos Produtos

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

Área de Atuação dos Produtos

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

Procedimentos e Serviços Básicos de Saúde

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

Municípios com Disponibilidade de Procedimentos e Serviços Básicos de Saúde

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

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

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

1000	Administracao Publica
1015	Orgao Publico do Poder Executivo Federal
1023	Orgao Publico do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Orgao Publico do Poder Executivo Municipal
1040	Orgao Publico do Poder Legislativo Federal
1058	Orgao Publico do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Orgao Publico do Poder Legislativo Municipal

1074	Orgao Publico do Poder Judiciario Federal
1082	Orgao Publico do Poder Judiciario Estadual
1201	Fundo Publico
1210	Consortio Publico de Direito Publico (Associacao Publica)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Municipio
5037	Outras Instituicoes Extraterritoriais
5029	Representacao Diplomatica Estrangeira

Municípios com Previsão de Cobertura Assistencial

Todos os municípios indicados na área de atuação dos produtos registrados no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS. Para os produtos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional, serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF. No cálculo do denominador serão considerados apenas os municípios que disponibilizem, para a saúde suplementar, os 5 procedimentos ou serviços básicos de saúde, segundo a informação contida no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS.

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

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

1000	Administracao Publica
1015	Orgao Publico do Poder Executivo Federal
1023	Orgao Publico do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Orgao Publico do Poder Executivo Municipal

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

Crêterios de Aplicabilidade

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

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

Serão desconsiderados os produtos de segmenta o assistencial "Odontológico", exclusivamente.

As operadoras exclusivamente odontológicas não terão avalia o neste indicador.

Disponibilidade dos Serviços

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

Anatomopatologia	<p>Se possuir no menu "Relatórios", seção "Serviços Especializados", algum item de "Serviço Especializado" com Código 120 e Descrição "SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA E/OU CITOPATOLOGIA" e "Classificação" com Código 001 ou 002 e Descrição "EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS" ou "EXAMES CITOPATOLÓGICOS", respectivamente.</p> <p>"Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp.</p>
Eletrocardiograma	<p>Se possuir no menu "Relatórios", seção "Serviços Especializados", algum item de "Serviço Especializado" com Código 122 e Descrição "SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR MÉTODOS GRÁFICOS/ DINÂMICOS" e "Classificação" com Código 003 e Descrição "EXAME ELETROCARDIOGRAFICO".</p> <p>"Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp.</p> <p>OU</p> <p>Se possuir no menu "Relatórios", seção "Equipamentos" algum item com Código 41 e Equipamento "Eletrocardiógrafo".</p> <p>"Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp.</p>
Patologia clínica	<p>Se possuir no menu "Relatórios", seção "Serviços Especializados", algum item de "Serviço Especializado" com Código 145 e Descrição "SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR LABORATORIO CLINICO".</p> <p>"Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp.</p>
Radiodiagnóstico	<p>Se possuir no menu "Relatórios", seção "Serviços Especializados", algum item de "Serviço Especializado" com Código 121 e Descrição "SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM" e "Classificação" com Código 001 e Descrição "RADIOLOGIA".</p> <p>"Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp.</p> <p>OU</p> <p>Se possuir no menu "Relatórios", seção "Equipamentos" algum item com Código 04, 05 ou 06 e Equipamento "RAIO X ATÉ 100 MA", "RAIO X DE 100 A 500 MA" ou "RAIO X MAIS DE 500MA", respectivamente.</p> <p>"Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp.</p>
Ultrassonografia	<p>Se possuir no menu "Relatórios", seção "Serviços Especializados", algum item de "Serviço Especializado" com Código 121 e Descrição "SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM" e "Classificação" com Código 002 e Descrição "ULTRASSONOGRAFIA".</p> <p>"Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp.</p> <p>OU</p> <p>Se possuir no menu "Relatórios", seção "Equipamentos" algum item com Código 15 ou 13 e Equipamento "Ultrassom Convencional" ou "Ultrassom Doppler Colorido", respectivamente.</p> <p>"Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp.</p>

Interpretação do Indicador

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

Usos

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

Meta

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

Pontuação

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

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

Fonte

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

MS/DATASUS/CNES

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

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

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

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

Limitações e Vieses

Problemas referentes à qualidade de preenchimento e cobertura do CNES.

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

Referências

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

3.2 - DISPERSÃO DA REDE ASSISTENCIAL HOSPITALAR

Conceituação

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

Método de Cálculo

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

Definição de termos utilizados no Indicador

Área Geográfica de Abrangência dos Produtos

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

Área de Atuação dos Produtos

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

Municípios com Disponibilidade de Estabelecimentos Hospitalares

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

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

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

1000	Administracao Publica
1015	Orgao Publico do Poder Executivo Federal
1023	Orgao Publico do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Orgao Publico do Poder Executivo Municipal
1040	Orgao Publico do Poder Legislativo Federal
1058	Orgao Publico do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Orgao Publico do Poder Legislativo Municipal
1074	Orgao Publico do Poder Judiciario Federal

1082	Orgao Publico do Poder Judiciario Estadual
1201	Fundo Publico
1210	Consortorio Publico de Direito Publico (Associacao Publica)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Municipio
5037	Outras Instituicoes Extraterritoriais
5029	Representacao Diplomatica Estrangeira

Municípios com Previsão de Cobertura Assistencial Hospitalar

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

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

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

1000	Administracao Publica
1015	Orgao Publico do Poder Executivo Federal
1023	Orgao Publico do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Orgao Publico do Poder Executivo Municipal
1040	Orgao Publico do Poder Legislativo Federal
1058	Orgao Publico do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal

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

Critérios de Aplicabilidade

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

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

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

As operadoras exclusivamente odontológicas não terão avaliação neste indicador.

Disponibilidade de Estabelecimentos Hospitalares

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

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

Interpretação do Indicador

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

Usos

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

Meta

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

Pontuação

Resultado Obtido Pela Operadora	<i>Pontuação</i>
% de municípios com previsão de cobertura assistencial que disponibiliza prestador hospitalar	Valor de 0 a 1
Resultado = 0%	0
Resultado > 0% e < 100%	V (> 0 e < 1)
Resultado = 100%	1

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

Fonte

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

MS/DATASUS/CNES

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

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

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

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

Limitações e Vieses

Problemas referentes à qualidade de preenchimento e cobertura do CNES.

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

Referências

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

3.3 - DISPERSÃO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24 HORAS

Conceituação

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

Método de Cálculo

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

Definição de termos utilizados no Indicador

Área Geográfica de Abrangência dos Produtos

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

Área de Atuação dos Produtos

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

Municípios com Disponibilidade de Serviços de Urgência e Emergência 24 horas

Quantidade de municípios indicados na área de atuação dos produtos com serviços de urgência e emergência 24 horas informados na rede assistencial da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS. Para os produtos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF.

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

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

1000	Administracao Publica
1015	Orgao Publico do Poder Executivo Federal
1023	Orgao Publico do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Orgao Publico do Poder Executivo Municipal
1040	Orgao Publico do Poder Legislativo Federal
1058	Orgao Publico do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Orgao Publico do Poder Legislativo Municipal
1074	Orgao Publico do Poder Judiciario Federal
1082	Orgao Publico do Poder Judiciario Estadual
1201	Fundo Publico

1210	Consortio Publico de Direito Publico (Associacao Publica)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Municipio
5037	Outras Instituicoes Extraterritoriais
5029	Representacao Diplomatica Estrangeira

Municípios com Previsão de Cobertura Assistencial

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

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

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

1000	Administracao Publica
1015	Orgao Publico do Poder Executivo Federal
1023	Orgao Publico do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Orgao Publico do Poder Executivo Municipal
1040	Orgao Publico do Poder Legislativo Federal
1058	Orgao Publico do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Orgao Publico do Poder Legislativo Municipal

1074	Orgao Publico do Poder Judiciario Federal
1082	Orgao Publico do Poder Judiciario Estadual
1201	Fundo Publico
1210	Consortio Publico de Direito Publico (Associacao Publica)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Municipio
5037	Outras Instituicoes Extraterritoriais
5029	Representacao Diplomatica Estrangeira

Crêterios de Aplicabilidade

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

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

Serão desconsiderados os produtos de segmenta o assistencial "Odontológico", exclusivamente.

As operadoras exclusivamente odontológicas não terão avalia o neste indicador.

Disponibilidade de Serviços de Urgência e Emergência 24 horas

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

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

Interpretação do Indicador

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

Usos

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

Meta

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

Pontuação

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

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

Fonte

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

MS/DATASUS/CNES

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

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

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

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

Limitações e Vieses

Problemas referentes à qualidade de preenchimento e cobertura do CNES.

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

Referências

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

3.4 - DISPERSÃO DA REDE ASSISTENCIAL ODONTOLÓGICA

Conceituação

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

Método de Cálculo

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

Definição de termos utilizados no Indicador

Área Geográfica de Abrangência dos Produtos

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

Área de Atuação dos Produtos

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

Municípios com Disponibilidade de Prestadores Odontológicos

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

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

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

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

Municípios com Previsão de Cobertura Assistencial Odontológica

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

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

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

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

Crêterios de Aplicabilidade

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

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

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

Disponibilidade de Prestadores Odontológicos

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

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

*CBO de Cirurgião-Dentista:

CBO	Descrição
223204	CIRURGIAO DENTISTA AUDITOR
223208	CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL
223280	CIRURGIAO DENTISTA DENTISTICA
223284	CIRURGIAO DENTISTA DISFUNCAO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL
223212	CIRURGIAO DENTISTA ENDODONTISTA
223216	CIRURGIAO DENTISTA EPIDEMIOLOGISTA
223220	CIRURGIAO DENTISTA ESTOMATOLOGISTA
223224	CIRURGIAO DENTISTA IMPLANTODONTISTA
223228	CIRURGIAO DENTISTA ODONTOGERIATRA
223276	CIRURGIAO DENTISTA ODONTOLOGIA DO TRABALHO
223288	CIRURGIAO DENTISTA ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES

ESPECIAIS

- 223232 CIRURGIAO DENTISTA ODONTOLOGISTA LEGAL
- 223236 CIRURGIAO DENTISTA ODONTOPEDIATRA
- 223240 CIRURGIAO DENTISTA ORTOPEDISTA E ORTODONTISTA
- 223244 CIRURGIAO DENTISTA PATOLOGISTA BUCAL
- 223248 CIRURGIAO DENTISTA PERIODONTISTA
- 223252 CIRURGIAO DENTISTA PROTESIOLOGO BUCOMAXILOFACIAL
- 223256 CIRURGIAO DENTISTA PROTESISTA
- 223260 CIRURGIAO DENTISTA RADIOLOGISTA
- 223264 CIRURGIAO DENTISTA REABILITADOR ORAL
- 223268 CIRURGIAO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL
- 223272 CIRURGIAO DENTISTA DE SAUDE COLETIVA
- 223293 CIRURGIAODENTISTA DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA

Interpretação do Indicador

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

Usos

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

Meta

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

Pontuação

Resultado Obtido Pela Operadora	Pontuação
---------------------------------	-----------

% de municípios com previsão de cobertura assistencial que disponibiliza prestador Odontológico	Valor de 0 a 1
Resultado = 0%	0
Resultado > 0% e < 100%	V (> 0 e < 1)
Resultado = 100%	1

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

Fonte

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

MS/DATASUS/CNES

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

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

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

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

Limitações e Vieses

Problemas referentes à qualidade de preenchimento e cobertura do CNES.

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

Referências

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

Eduardo Vieira Neto
Especialista em Regulação em Saúde Suplementar

De acordo. À Srª Gerente-Geral de Regulação Assistencial. Em ___/___/2016.

Kátia Audi
Gerente de Monitoramento Assistencial
Gerência-Geral de Regulação Assistencial

De acordo. Em ___/___/2016. À DIRAD/DIPRO

Raquel Medeiros Lisbôa
Gerente-Geral de Regulação Assistencial
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos

De acordo. Em ___/___/2016. À SEGER

Carla de Figueiredo Soares
Diretora Adjunta Substituta
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos