

INCENTIVO ECONÔMICO-FINANCEIRO PARA AS OPERADORAS SETORIAIS EM PROL DA GERAÇÃO DE VALOR PARA OS BENEFICIÁRIOS

**Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO
GMOA/GGRAS**

12 de junho de 2018

Cenário Atual

- As transformações demográficas, epidemiológicas e nutricionais.
- Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que as DCNT são responsáveis por 68% de um total de 38 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2012 (WHO, 2014). *
- De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças devida a essas enfermidades. Entre esses, destacam-se o tabagismo, o consumo alimentar inadequado, a inatividade física e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (WHO, 2014). *
- O modelo assistencial praticado na Saúde Suplementar:
 - ✓ os indivíduos são atendidos a partir da demanda espontânea, suscitada pela presença de sintomas ou doenças;
 - ✓ fragmentado e hospitalocêntrico;
 - ✓ sem integralidade de ações;
 - ✓ utilização desordenada de procedimentos que não geram melhores resultados em saúde. O que acarreta em custos desnecessários para o sistema.

* Vigitel saúde suplementar 2017

Perspectivas

- Imperioso encontrar caminhos para a sustentabilidade do setor, baseado numa boa gestão da saúde na qual os pacientes crônicos se mantenham em condições controladas e não gerem episódios agudos ou progridam em direção a necessidade de cuidados mais intensivos e custosos.
- O sistema deve incluir na rede de cuidado os beneficiários utilizadores ou não de procedimentos (sinistralidade).
- As operadoras devem estimular o cuidado coordenado em saúde, em que o beneficiário deve ser tratado ao longo do tempo para todas as suas condições de saúde, desde a prevenção até o tratamento, com encaminhamentos a serviços de maior complexidade quando necessário.
- Deve-se buscar a integralidade do cuidado, em tempo oportuno, com melhores desfechos.

Perspectivas

- Necessidade de fazer a gestão de informações (epidemiológicas, demográficas, econômico-financeiras).
- Necessidade de monitorar as práticas em saúde por meio de indicadores de processo e resultado, permitindo uma análise do processo e intervir sempre que necessário em busca de melhores desfechos.

Programas na ANS

- Realidade da assistência prestada no setor suplementar brasileiro:
 - ✓ a fragmentação do cuidado;
 - ✓ a alta sinistralidade;
 - ✓ os desperdícios em saúde;
 - ✓ o modelo de atenção à saúde baseado em procedimentos e hospitalocêntrico;
 - ✓ o oferecimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças com baixa escala e descolados da coordenação do cuidado;
- Diante disso, fez-se necessária a criação de um grupo para discutir e propor diretrizes para a reorganização do modelo assistencial com enfoque na coordenação do cuidado atrelado a programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e de doenças (PROMOPREV).
 - ✓ Foram realizadas reuniões
 - ✓ O material do GT está disponível no portal da ANS
 - ✓ Será elaborada uma proposta a ser apresentada oportunamente.
- Atualmente temos cerca 1600 programas na ANS, com cobertura de aproximadamente 2.000.000 de beneficiários. O que representa cerca 4% do total de beneficiários planos médicos hospitalares.

Indicadores Médico-Hospitalares

Eduardo Vieira Neto
Especialista em Regulação

12 de junho de 2018

Proporção de internações sensíveis à coordenação do cuidado

Definição: Percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica entre as internações clínicas, no período considerado

Interpretação: há um subconjunto de causas de internações mais sensíveis a uma melhor qualificação da atenção à saúde, maior integração do cuidado e priorização das ações de promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças.

Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (Portaria MS/SAS nº 221/2008)

- Exclusões:
 - Não obrigatoriedade de cobertura, por exemplo, as doenças evitáveis pela imunização
 - Dependência de ações voltadas para o meio ambiente, como as gastrenterites infecciosas

Proporção de internações sensíveis à coordenação do cuidado

Foram selecionadas as causas em que as ações e serviços de promoção da saúde, prevenção de riscos e diagnóstico e tratamento precoces conseguem diminuir o número de internações: pneumonias bacterianas, asma, diabetes mellitus e hipertensão arterial.

Método de cálculo: (Número de internações por condições sensíveis à atenção básica/Total de internações clínicas) X 100

Numerador: Somatório do número total de internações por condições sensíveis à atenção básica, no período analisado.

Denominador: Somatório do número total de internações, desconsideradas as internações por condições cirúrgicas, partos e psiquiátricas, no período analisado.

Meta: 1º Quartil de desempenho por porte de operadora

Coeficiente de amputação de membros inferiores em diabéticos

Definição: Coeficiente de internações por diabetes mellitus como diagnóstico principal ou secundário e qualquer procedimento de amputação de membros inferiores por 100.000 beneficiários com 18 anos de idade ou mais, no período considerado, excluídas as internações com diagnóstico de causas traumáticas de amputação de qualquer parte dos membros inferiores.

Interpretação: o pé diabético é uma das complicações crônicas do diabetes mellitus (DM) mais sensível ao uso adequado de medidas preventivas, identificação precoce dos indivíduos sob risco e tratamento especializado multidisciplinar.

A identificação precoce do paciente com diabetes, o controle glicêmico a longo prazo, além da vigilância permanente dos pés e a terapia apropriada do paciente em risco aumentado de ulceração, previne a maioria das amputações de extremidades inferiores associadas ao diabetes.

Coeficiente de amputação de membros inferiores em diabéticos

No Brasil, o pé diabético é uma causa importante de amputações de membros inferiores, além de ser a maior causa de hospitalizações prolongadas em diabéticos.

Método de cálculo: (Número de amputações em membros inferiores em beneficiários com 18 anos ou mais com diagnóstico de DM/Número de beneficiários com 18 anos ou mais em planos que contenham a segmentação hospitalar) X 100.000

Numerador: códigos TUSS dos procedimentos de amputação de membro inferior em pacientes com CID-10 de diabetes mellitus (categorias E10 a E14, com qualquer subcategoria)

Denominador: número médio de beneficiários com 18 anos ou mais em planos que contenham a segmentação hospitalar, no período considerado.
Serão aplicadas padronizações estatísticas para gênero e faixa etária.

Meta: 1º Quartil de desempenho por porte de operadora¹⁰

Tempo decorrido entre o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama, próstata, cólon e reto

Definição: Mediana do intervalo de tempo transcorrido entre a data do 1º diagnóstico confirmado de câncer de mama, próstata e cólon e reto e o início do 1º tratamento antineoplásico.

Interpretação: este intervalo de tempo é um importante fator prognóstico do paciente com câncer, além de indicar aspectos relacionados à qualidade da coordenação do cuidado ao paciente oncológico.

Tempo decorrido entre o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama, próstata, cólon e reto

Método de cálculo: Mediana do intervalo de tempo entre a data de confirmação do diagnóstico de câncer e a data de início do tratamento antineoplásico.

Data de confirmação do diagnóstico de câncer: data da liberação do resultado do exame histopatológico por biópsia que confirme a neoplasia maligna ou a data de relatório em que o médico assistente considere que é possível assumir o diagnóstico clínico de neoplasia maligna.

Data de início do tratamento antineoplásico: data de realização do procedimento cirúrgico para ressecar o tumor primário ou suas metástases ou de início de radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso.

Meta: atingir um valor menor ou igual a 30 dias*

*Metade do prazo estabelecido no âmbito do SUS pela Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.

Coeficiente de incidência de hospitalização por acidente vascular cerebral – AVC

Definição: Coeficiente de internações por acidente vascular cerebral – AVC isquêmico, hemorrágico ou não especificado como diagnóstico principal por 100.000 beneficiários, no período considerado.

Interpretação: Embora tenham ocorrido reduções da mortalidade e da hospitalização por AVC nos últimos anos, a prevalência dos fatores de risco como hipertensão arterial, diabetes mellitus, excesso de peso e obesidade tem aumentado.

A implantação de medidas preventivas e educacionais e de programas de assistência aos hipertensos e diabéticos podem produzir um declínio ainda maior na incidência de hospitalização por AVC.

Coeficiente de incidência de hospitalização por acidente vascular cerebral – AVC

Método de cálculo: [Número de saídas hospitalares com um dos códigos da CID-10 para AVC (I60-I68 e G45)/Número de beneficiários em planos que contenham a segmentação hospitalar] X 100.000

Numerador: Guias de Resumo de Internação contendo nos dados da saída como CID principal ou secundário um dos seguintes códigos:

Infarto cerebral (AVC isquêmico)	I63
Hemorragia intracerebral (AVC hemorrágico)	I61
AVC não especificado	I64
Hemorragia subaracnoide	I60
Hemorragia intracraniana não traumática	I62
Oclusão e estenose das artérias cerebrais e pré-cerebrais sem infarto	I65-I66
Outras doenças cerebrovasculares	I67-I68
Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas	G45

Denominador: número médio de beneficiários em planos que contenham a segmentação hospitalar, no período considerado.

Serão aplicadas padronizações estatísticas para gênero e faixa etária.

Meta: 1º Quartil de desempenho por porte de operadora

Coeficiente de fotocoagulação a laser para retinopatia diabética

Definição: Coeficiente de procedimentos de fotocoagulação a laser para retinopatia diabética por 100.000 beneficiários com 18 anos de idade ou mais, no período considerado.

Interpretação: o diagnóstico precoce dos estágios iniciais da retinopatia diabética seguido de uma otimização do controle metabólico pode interromper a progressão da complicação e prevenir a instalação da perda de visão grave.

Contudo, se o exame oftalmológico detectar os sinais iniciais de retinopatia diabética, a fotocoagulação a laser e a normalização dos níveis glicêmicos podem impedir a perda de visão.

Coeficiente de fotocoagulação a laser para retinopatia diabética

Método de cálculo: (Número de procedimentos de fotocoagulação a laser em beneficiários com 18 anos ou mais com diagnóstico de diabetes mellitus/Número de beneficiários com 18 anos ou mais em planos que contenham a segmentação hospitalar) X 100.000

Numerador: código TUSS do procedimento de fotocoagulação a laser

Código do Termo	Termo
3830312043	Fotocoagulação (laser) - por sessão - monocular

Em pacientes com os seguintes códigos de diabetes mellitus ou de retinopatia diabética da Classificação Internacional de Doenças – 10a revisão (CID-10):

Diabetes mellitus	Categorias E10 a E14, com qualquer subcategoria
Retinopatia diabética	H36.0

Denominador: número médio de beneficiários com 18 anos ou mais em planos que contenham a segmentação hospitalar, no período considerado.

Serão aplicadas padronizações estatísticas para gênero e faixa etária.

Meta: Mediana do setor por porte de operadora

Obrigado!



Disque ANS
0800 701 9656



Central de
Atendimento
www.ans.gov.br



Atendimento pessoal
12 Núcleos da ANS.
Acesse o portal e
confira os endereços.



Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos
0800 021 2105



@ANS_reguladora



You
Tube
ansreguladora oficial



company/ans_reguladora