

## ANEXO II

### FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS 2018 ANO-BASE 2017

#### SUMÁRIO

Programa de Operadora Acreditada (PONTUAÇÃO BASE DE 0,15, A 0,09).....	3
1. INDICADORES DA DIMENSÃO QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE -IDQS .	5
1.1. Proporção de Parto Cesáreo (PESO 3) .....	5
1.2. Taxa de Consultas de Pré-Natal (PESO 2) .....	12
1.3. Taxa de Citopatologia Cérvico - Vaginal Oncótica (PESO 2) .....	15
1.4. Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos .....	23
(PESO 2).....	23
1.5. Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos - (PESO 3).....	29
1.6. Razão de Consultas Ambulatoriais com Pediatra por Beneficiário de 0 a 4 Anos (PESO 2).....	31
1.7. Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada (PESO 3) .....	35
1.8. Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Cárie (PESO 2).....	41
1.9. Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Periodontia (PESO 2) 50	
1.10. Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (BÔNUS de 10% a 15%) .....	59
1.11. Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS (PONTUAÇÃO BASE de 0,15).....	62
2. INDICADORES DA DIMENSÃO GARANTIA DE ACESSO – IDGA.....	66
2.1 Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário (PESO 1).....	66
2.2 Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos (PESO 2)	72
2.3 Dispersão de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas (PESO 1) .....	77
2.4 Taxa de Primeira Consulta ao Dentista por Beneficiário por ano (PESO 1).....	84
2.5 Dispersão da Rede Assistencial Odontológica (PESO 1).....	92
2.6 Frequência de Utilização de Rede de Hospitais, SADT e Consultórios com Atributo de Qualidade (PESO 1) .....	99

### 3 INDICADORES DA DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE NO MERCADO – IDSM

103

- 3.1 Recursos Próprios (PESO 3)..... 103
- 3.2 Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar (PESO 2).. 106
- 3.3 Índice Geral de Reclamação (IGR) – (PESO 1) ..... 109
- 3.4 Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos – (PESO 1) 112
- 3.5 Pesquisa de Satisfação de Beneficiário (PONTUAÇÃO BASE 0,25)..... 115
- 3.6 Movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários (Bônus 10%)..... 120

### 4 INDICADORES DE GESTÃO DE PROCESSOS E REGULAÇÃO – IDGR..... 122

- 4.1 Índice composto de Qualidade Cadastral (SIB) (PESO 2)..... 122
- 4.2 Taxa de utilização do SUS (PESO 1) ..... 128
- 4.3 Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS) (PESO 2) 132
- 4.4 Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde (PESO 1) 135
- 4.5 Proporção de Diagnósticos inespecíficos nos eventos de internação das Guias TISS (BÔNUS 10%) ..... 139

## **Programa de Operadora Acreditada (PONTUAÇÃO BASE DE 0,15, A 0,09)**

### **Conceito**

Indicador que atribui uma nota para as operadoras que participam do Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e estejam acreditadas no último dia do ano-base e com divulgação no sítio eletrônico da ANS, na forma disposta no parágrafo 4º do artigo 8º da Resolução Normativa - RN nº 277, de 4 de Novembro de 2011.

### **Método de cálculo**

- a) Para as Operadoras que participam do Programa de Acreditação de Operadoras:

$$(PONTUAÇÃO\ BASE + IDSS) \leq 1$$

Onde:

**Pontuação Base** = O valor da pontuação base dependerá do nível de acreditação obtida pela Operadora.

- **0,15** :Para Operadoras Nível I
- **0,12**: Para Operadoras Nível II
- **0,09** : Para Operadoras Nível III

**IDSS** = Média ponderada dos índices de desempenho dos indicadores das dimensões

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

- b) Para as Operadoras que não participam do Programa de Acreditação de Operadoras:

**IDSS** = Média ponderada dos índices de desempenho dos indicadores das dimensões.

### **Meta**

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

### **Interpretação**

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

### **Usos**

Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde a participarem do Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, ou, aumentarem seu Nível de Acreditação.

### **Fonte de dados**

- Sítio eletrônico da ANS

### **Limitação e vieses**

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

### **Ações esperadas**

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

### **Referências**

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa - RN nº 277, de 4 de Novembro de 2011, e seus anexos.

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

### 1.1. Proporção de Parto Cesáreo (PESO 3)

#### Conceito

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

#### Método de Cálculo

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

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

#### Definição de termos utilizados no Indicador

**Parto cesáreo** - Procedimento cirúrgico no qual o conceito é extraído mediante incisão das paredes abdominal e uterina.

**Parto normal** - Procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal.

#### Interpretação do Indicador

Permite apurar a ocorrência de partos cesáreos em relação ao total de partos realizados em uma determinada operadora no período considerado.

É um dos instrumentos utilizados para avaliar a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, uma vez que o aumento excessivo de partos cesáreos, muito acima do padrão de 15% definido pela Organização Mundial de Saúde – OMS (1996), pode refletir um acompanhamento pré-natal inadequado e/ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal.

## **Usos**

Avaliar, indiretamente, o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma assistência adequada possa causar impacto positivo no valor do indicador.

Permite avaliar, de forma indireta, o modelo de atenção obstétrico praticado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Subsidiar elaboração e a avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança prestada aos beneficiários de planos de saúde.

Permite ao órgão regulador ter subsídios para elaboração de estratégias de mudança do atual modelo de atenção obstétrico no setor suplementar.

## **Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações**

No Brasil, o modelo hegemônico na atenção obstétrica é médico centrado, intervencionista e desconsidera aspectos psicológicos e socioculturais da mulher. Como resultado, além de um percentual nacional de 55,4% de cesarianas, índices de morte materna incompatíveis com o nível de desenvolvimento do País. Apesar de o parto e nascimento ser um evento da vida da mulher e um ato da sua fisiologia, a maioria das mulheres têm seus filhos por meio de uma cirurgia, a cesariana (Brasil, 2013). As taxas de cesariana são altas e ascendentes em todo território nacional, em todas as faixas de idade, incluindo as adolescentes.

A OMS preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de até 15%. Este padrão está fundamentado no conhecimento empírico de que apenas 15% do total de partos apresentam indicação precisa de cesariana, ou seja, existe uma situação real onde é fundamental para a preservação da saúde materna e/ou fetal que aquele procedimento seja realizado cirurgicamente e não por via natural (OMS, 1996). Em geral, entre 70 e 80% de todas as gestantes podem ser consideradas de baixo risco no início do trabalho de parto (OMS, 1996).

Como procedimento cirúrgico, a cesariana apresenta indicações bem estabelecidas e, assumindo que as cesarianas que ultrapassam a taxa recomendada pela OMS não teriam indicação médica, milhões de cirurgias não justificadas estariam sendo realizadas anualmente, trazendo risco para o binômio mãe/recém-nascido. O nascimento prematuro está entre os potenciais riscos associados à cesariana, particularmente a cirurgia eletiva, e é reconhecido como um dos principais determinantes da morbimortalidade infantil (OMS, 1996; BENFAM, 1997).

Fato importante a ser destacado, decorrente da hipermedicalização do parto e nascimento no Brasil, com altas taxas de cesarianas, foi seu aumento progressivo desde meados da década de 1990, culminando em 2009 com a inversão das taxas de cesariana e de partos normais, com as taxas de cesariana superando pela primeira vez as taxas de partos normais e alcançando 52% em 2010 (DOMINGUES; DIAS et al, 2014).

Outro ponto a ser considerado, é que as altas taxas de cesariana, muito superiores ao que preconiza a OMS, têm sido determinadas por fatores não clínicos, e apresentam uma distribuição desigual; prevalecendo entre as mulheres com maior escolaridade e faixa etária, primíparas e com pré-natal realizado em serviços privados, em particular nas regiões sul, sudeste e centro-oeste. A concentração de partos cesarianos entre mulheres com melhores condições socioeconômicas tem associado o parto cirúrgico com um padrão superior de cuidado, contrariamente ao que aponta a literatura científica, (DOMINGUES e DIAS et al, 2014).

No Brasil, são cerca de três milhões de nascimentos por ano, 55,6% via cesariana (BRASIL - SINASC, 2013). Dos nascimentos brasileiros, cerca de 18% ocorrem na Saúde Suplementar. Em 2013, foram 539.999 partos realizados no setor, dos quais 84,6% foi por cirurgia cesariana (BRASIL - MS/ANS, 2014), desse modo, refletindo a noção equivocada de que cesariana, mesmo sem indicação, é preferível ao parto normal.



Tabela I

Nascidos vivos – Brasil		
Nascim p/resid.mãe por Tipo de parto		
Período: 2012		
Tipo de parto	Nascim_p/resid.mãe	
Vaginal	1.283.546	44,2%
Cesário	1.615.928	55,6%
Ignorado	6.315	0,2%
Total	2.905.789	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

A tabela II a seguir demonstra que, no Brasil, as taxas de cesarianas, 55,6%, já superam, em muito, o máximo de 15% que preconiza a OMS. Entretanto, entre as usuárias de planos de saúde, o percentual é de 84,6%. Mesmo em países nos quais as taxas de cesarianas já são consideradas altas como os EUA que, segundo o relatório *'Health Statistics 2015 – Frequently Requested Data'* da *'Organisation for Economic Co-operation and Development'* - OECD, apresentaram em 2013 a taxa de 32, 4% (OECD, 2015). As taxas de cesariana, na saúde suplementar brasileira, são muito superiores.

Tabela II

Comparação % cesarianas Brasil e Saúde Suplementar – 2012		
Setor	Número de nascidos vivos	% de partos cesarianos
Brasil	2.905.789	55,6%
Saúde Suplementar	502.812	84,6%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC -SIP/ANS

Comparada às taxas mundiais, observa-se que os valores do setor suplementar são os mais elevados: nos países que compõem a OECD, a variação nas taxas de cesarianas para o ano de 2013 foi desde taxas baixas na Holanda (15,5%), Noruega (16,4%), Finlândia (15,8%), Islândia (15,1%) e Israel (15,4%) até taxas consideradas muito altas como as encontradas na Turquia (50,3%), Itália (36,1%) e México (45,1%). As taxas brasileiras também são muito mais altas que a média em Portugal (35%), Hungria (35,2%) e Austrália (32%) (OECD, 2015), com taxas intermediárias.



Diante das dificuldades de reversão do modelo de atenção obstétrico, que é influenciado por diversos fatores, tais como: fatores culturais, organização da rede de atenção, política de remuneração, etc, propõe-se uma meta de redução das atuais taxas para 45%, ainda um patamar relativamente alto, mas muito inferior às taxas praticadas atualmente pelo setor.

### Meta

A meta é atingir uma redução de pelo menos 10% na proporção de partos cesáreos em relação ao ano-base anterior. As operadoras que atingiram e mantiveram um resultado igual ou inferior a 45% de partos cesáreos terão pontuação máxima, independentemente da redução alcançada. Por outro lado, as operadoras que mantiveram um resultado igual ou superior a 80% ou obtiverem redução inferior a 5% em relação ao ano anterior terão pontuação zero.

### Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Redução <5% ou proporção de parto cesáreo ≥80%	0
Redução ≥ 5% e <10% e proporção de parto cesáreo >45% e <80%	$0 < V < 1$
Redução ≥10% ou proporção de parto cesáreo ≤45%	1

$$V = ((\text{Redução} \geq 5\% \text{ e } < 10\%) - 5) / 5$$

### Fonte de dados

**Numerador:** TISS 31309054 + 31309208

**Denominador:** TISS 31309127 + 31309054 + 31309208

### Ações esperadas

Incentivar o acompanhamento ao pré-natal a fim de reduzir as indicações de cirurgia não decorrentes de condições clínicas, de forma que o parto cirúrgico seja realizado somente de acordo com indicações precisas.

Incentivar a disseminação de informações a respeito das vantagens do parto normal em comparação com o parto cesáreo e dos riscos da realização do parto cesáreo na ausência de indicações precisas.

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

Pactuar e sensibilizar os prestadores de serviços de saúde sobre a importância do processo de qualificação da assistência à saúde da mulher e da criança.

Criar campanhas de informação sobre os tipos de parto, seus benefícios e riscos, procurando motivar a realização do parto normal sempre que indicado.

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

### **Limitações e Vieses**

As variações geográficas desse indicador só se aplicam para o SUS, onde é possível relacionar o tipo de parto ao local de residência da parturiente.

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

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

### **Referências**

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sistema de Informações de Produtos, Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da

Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sinasc-sistema-de-informacoes-de-nascidos-vivos>. Acesso em 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde.

BRASIL. BEMFAM. Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde 1996. Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) Macro International Inc, março, 1997.

BRASIL. FIOCRUZ. Nascer no Brasil. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, 2015. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/index.php/introducao-e-justificativa>

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA. Nascer no Brasil. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro - vol 30, Suplemento, 2014.

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

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

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

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

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

### Conceito

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

### Método de Cálculo

Número de consultas de pré-natal com ginecologista/obstetra realizados pela operadora nas beneficiárias, univocamente identificadas, grávidas no ano-base e no ano anterior (até 9 meses antes do parto)
Total de partos em beneficiárias no ano-base

As operadoras com um total de menos de 100 partos no período não terão o indicador calculado (não se aplica).

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

### Definição de termos utilizados no Indicador

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

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

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

## **Interpretação do Indicador**

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

Indica situações que demandam ações e estudos específicos pelas operadoras.

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

## **Usos**

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

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

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

## **Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações**

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

## Meta

A meta é atingir pelo menos 7 (sete) consultas de pré-natal durante a gravidez.

## Pontuação

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Resultado</b>	<b>Valor de 0 a 1</b>
Resultado $\leq 2$	0
$2 < \text{Resultado} < 7$	$0 < V < 1$
Resultado $\geq 7$	1

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

### 1.3. Taxa de Citopatologia Cérvico - Vaginal Oncótica (PESO 2)

#### Conceito

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

#### Método de cálculo

Número total de procedimentos diagnósticos em citopatologia cérvico-vaginal oncótica em beneficiárias univocamente identificadas de 25 a 64 anos	x 100
Média de beneficiárias na faixa etária de 25 a 64 anos	

#### Definição de termos utilizados no indicador

**Procedimentos diagnósticos em citopatologia cérvico-vaginal oncótica (exame Papanicolaou)** - É o exame colpocitopatológico de esfregaço de material do colo uterino para a identificação de células atípicas.

**Beneficiárias univocamente identificadas** – Por meio do Cartão Nacional de Saúde – CNS é possível identificar cada beneficiário de forma unívoca. A identificação da beneficiária objetiva marcar o primeiro procedimento do ano usando o CNS para não haver repetição, e só utilizar no cômputo do indicador os exames de *screening*.

#### Interpretação do indicador

Permite estimar a cobertura do procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncótica para mulheres entre 25 a 64 anos de idade, ou seja, inferir a frequência relativa da população beneficiária na faixa etária indicada que está realizando o exame em relação ao total que deveria realizá-lo anualmente. Com isso, é possível avaliar o alcance da mobilização da população beneficiária



em relação ao rastreamento em citopatologia cérvico-vaginal oncótica num determinado período de tempo.

Taxas reduzidas podem refletir dificuldades da operadora para a sensibilização e captação das beneficiárias para a realização do rastreamento do câncer de colo uterino, bem como sobre, dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

## **Usos**

Avaliar a evolução da realização de citopatologia cérvico-vaginal oncótica, identificando tendências de cobertura deste procedimento, com vistas a inferir a detecção precoce do câncer de colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos de idade.

Contribuir para a identificação da capacidade de captação das mulheres de 25 a 64 anos de idade pelas operadoras de saúde, fortalecendo e ampliando as ações de detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de colo de útero.

Promover da atenção integral da saúde da mulher, com ênfase na população de maior vulnerabilidade.

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

## **Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações**

No mundo, há aproximadamente 530 mil casos novos de câncer do colo do útero por ano. Este é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres (WHO, 2012).

No Brasil, em 2012, esta neoplasia representou a terceira causa de morte por câncer em mulheres. Em 2014, esperava-se um risco estimado de 15,3 casos a cada 100 mil mulheres. Essas taxas de incidência e de mortalidade no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos, que apresentam programas de detecção precoce já bem estruturados (INCA, 2014).

O câncer do colo do útero é raro em mulheres até 30 anos e tanto a sua incidência quanto a mortalidade aumentam progressivamente até ter seu pico na faixa de 45 a 50 anos, com expressivas diferenças regionais (Brasil, 2013).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as estratégias para a detecção precoce são: o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença) e o rastreamento (aplicação de um exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-las para investigação e tratamento) (WHO, 2007).

O principal e mais amplamente utilizado método para rastreamento do câncer do colo do útero é o teste de Papanicolaou - exame citopatológico do colo do útero, que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual. A priorização desta faixa etária como a população-alvo justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente para não evoluírem para o câncer (Brasil, 2013).

Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (WHO, 2008).

A rotina recomendada para o rastreamento no Brasil é a repetição do exame Papanicolaou a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento (BRASIL, 2013).

A periodicidade de três anos tem como base a recomendação da OMS e as diretrizes da maioria dos países com programa de rastreamento organizado. Tais diretrizes justificam-se pela ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalo de três anos (WHO, 2012).

Segundo o INCA (2011), as recomendações são:

- O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico;
- O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual;
- O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual;
- Os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos; e
- Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, as mesmas podem ser dispensadas de exames adicionais.

Essas recomendações não se aplicam a mulheres com história prévia de lesões precursoras do câncer do colo uterino ou em situações especiais como as portadoras do vírus HIV ou imunodeprimidas. Nessas situações especiais, o exame deve ser realizado anualmente, pois essas mulheres apresentam defesa imunológica reduzida e, em consequência, maior vulnerabilidade para as lesões precursoras de câncer do colo do útero. Por outro lado, não devem ser incluídas no rastreamento as mulheres hysterectomizadas por outras razões que não o câncer do colo do útero (Brasil, 2013).

No Brasil, apesar das recomendações, ainda é prática comum o exame anual. Dos 12 milhões de exames realizados por ano, o que teoricamente cobriria 36 milhões de mulheres (aproximadamente 80% da população-alvo do programa), mais da metade é repetição desnecessária, ou seja, realizados antes do intervalo proposto (Brasil, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde/INCA/SISCAN/SISCOLO, razões anuais de 0,3 exames a cada 3 anos sugerem que a oferta é suficiente para atender a 100% da população alvo no período.

## **Meta**

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

### Pontuação

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Resultado</b>	<b>Valor de 0 a 1</b>
Resultado $\leq 3$	0
$3 < \text{Resultado} < 33$	$0 < V < 1$
Resultado $\geq 33$	1

$$V = (\text{Resultado} > 0 \text{ e} < 33) / (33 - 3)$$

### Fonte de dados

**Numerador:** TISS 40601137, serão desconsiderados exames repetidos na mesma beneficiária no período considerado.

**Denominador:** Número de beneficiárias de 25 a 64 anos em planos que contenham a segmentação ambulatorial - Sistema de Informação de Beneficiários (SIB).

### Ações esperadas

Incentivar a realização da repetição do exame 'citopatologiacérvico-vaginal oncótica' a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano, para o rastreamento do câncer de colo de útero em mulheres entre 25 e 64 anos por meio da adoção de estratégias de busca ativa para a captação de beneficiárias e aumento da cobertura assistencial.

Incentivar a divulgação de informações a respeito do câncer de colo uterino e sua ocorrência nas diversas faixas etárias da população feminina, dos fatores de risco - como a infecção por HPV, garantindo orientação adequada quanto à forma de prevenção desta doença às mulheres beneficiárias de planos de saúde.

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

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

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

### **Limitações e vieses**

A utilização do total de procedimentos de citopatologia cérvico-vaginal oncótica para o cálculo deste indicador poderá levar à superestimação do resultado, tendo em vista a possibilidade de beneficiárias que realizaram mais de um exame no mesmo período, assim como a frequência diferenciada de realização do procedimento em grupos de alto risco.

Considerando as informações mencionadas anteriormente acerca do uso deste indicador e o fato do mesmo servir para estimar a frequência de utilização do procedimento, este não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada por uma determinada operadora.

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

### **Referências**

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

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

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

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

Disponível em:

[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura\\_colo\\_do\\_uteropdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura_colo_do_uteropdf). Acesso em: 06 jul. 2011.

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>  
Acesso em: 14/11/2014.

NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE (NCQA) Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS)<sup>1</sup> Compliance Audit<sup>TM</sup>.

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

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer Control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Switzerland: WHO, 2007.

Disponível em: [www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf](http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf). Acesso em: 2 abr. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2008. Lyon, 2008.

Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/>. Acesso em: 10 set. 2010.

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



#### 1.4. Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos (PESO 2)

##### Conceito

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

##### Método de Cálculo:

Número de internações hospitalares por fratura de fêmur em beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais.	X 1000
Média de beneficiários com 60 anos ou mais de idade	

##### Definição de termos utilizados no Indicador:

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

##### Interpretação do Indicador:

Estima o risco de internação por fratura de fêmur na população beneficiária idosa de 60 anos ou mais e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.

A queda pode ser considerada como evento sentinela na saúde da pessoa idosa. Entre as principais causas estão fatores de risco individuais e fatores relacionados ao meio ambiente e ao acesso à atenção básica específica para esta faixa etária. Uma das principais consequências de queda em pessoas idosas é a fratura do fêmur, principalmente em mulheres.

A prevenção de fratura do fêmur envolve ações para acesso ao cuidado específico ao idoso, envolvendo estratégias para informação e educação em saúde, prevenção e tratamento oportuno da osteoporose com vistas à prevenção de quedas.

## Usos

Analisar variações temporais nas taxas de internações hospitalares por fratura do fêmur em pessoas idosas, com o objetivo de desenvolver ações de prevenção, em especial no controle dos fatores de risco associados.

### **Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações:**

A queda em pessoas idosas é um importante fator de risco para a perda da autonomia do idoso e, por conseguinte, diminuição da qualidade de vida. Na faixa etária de 60 anos ou mais, a queda é a segunda causa de óbito dentre as causas externas. A osteoporose, por sua vez, tem contribuição importante nas fraturas de fêmur, em especial, no sexo feminino. A internação hospitalar por fratura do fêmur tem experimentado aumento nos últimos anos; no entanto, destaca-se que ações direcionadas à prevenção e/ou redução dos fatores de risco minimizam a necessidade de internações hospitalares e suas complicações.

O *National Committee for Quality Assurance – NCQA dos Estados Unidos* registrou em 2006, em média, uma taxa para o procedimento 'Redução de fratura de fêmur' por faixa etária e por sexo por 1000.

Faixa Etária	Homem	Mulher
Abaixo de 65 anos	1,5	1,7
Entre 65 a 74 anos	1,6	2,5
Entre 75 a 84 anos	4,5	8,8
85 ou mais anos	14,5	24,7

No Brasil, segundo dados do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP), a taxa de internação por fratura de fêmur na rede pública de saúde, nos anos de 2011 a 2015, elevou-se de 1,85 para 1,96 por 1000. Esse valor variou conforme o sexo (1,40 para homens e 2,41 por 1000 para mulheres, em 2015) e regiões do Brasil (maior na região Sul – 2,35, seguida da região Sudeste – 2,12, Centro-Oeste – 1,90, Nordeste – 1,50 e Norte – 1,48 por 1000, em 2015).

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

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

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

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

## Meta

A meta é atingir um valor menor ou igual a 1,50 para as operadoras de pequeno porte, 1,78, para as operadoras de médio porte e 1,86, para as operadoras de grande porte, no período considerado (redução de 20% da média da taxa para o período 2012-2015).

## Pontuação

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

### Fonte de Dados

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

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

### Ações esperadas

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários e identificar indivíduos com 60 anos ou mais com fatores de risco para fratura de fêmur.

Adotar estratégias de controle dos riscos e ações de prevenção de quedas e de osteoporose.

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

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

### **Limitações e Vieses**

O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente, pela mesma causa, durante o período analisado.

Podem ocorrer internações por fratura de fêmur em decorrência de causas não preveníveis por ações de educação e informação em saúde, e acesso a um cuidado específico ao idoso.

Como o perfil epidemiológico é diferente para homens e mulheres, cabe ressaltar que esse indicador será mais efetivo na medida em que se obtenham informações específicas por gênero.

O sistema de informação utilizado pode não detectar inconsistências na classificação da causa de morbidade informada.

### **Referências**

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Programa de Qualificação de Operadoras, 2011-2015.

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

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

FERNANDES, Roberta Arinelli et al. Fraturas do fêmur proximal no idoso: estudo de custo da doença sob a perspectiva de um hospital público no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 395-416, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000200004>. Acesso em 08/11/2016.

NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE - NCQA. Medicare HEDIS 2006 Means, Percentiles and Ratios. Frequency of Selected Procedures. [http://www.ncqa.org/portals/0/HEDISQM/Programs/CompAud/MPR/Archives/HEDIS\\_2006\\_Means\\_Percentiles\\_Medicare.pdf](http://www.ncqa.org/portals/0/HEDISQM/Programs/CompAud/MPR/Archives/HEDIS_2006_Means_Percentiles_Medicare.pdf)

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

MANUATA

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

### Conceito

Razão de consultas ambulatoriais nas especialidades de Clínica Médica, Geriatria e Medicina de Família e Comunidade ou com Médico Generalista pelo número de consultas ambulatoriais com outros Especialistas para beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais no período considerado.

### Método de cálculo

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

### Definição de termos utilizados no indicador

**Consultas com Generalista para Idosos:** Engloba as consultas realizadas com médico das especialidades de Clínica Médica, Geriatria, Medicina de Família e Comunidade e do Médico Generalista propriamente dito.

**Consultas de Clínica Médica** - Atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico, na especialidade de clínica médica em beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais.

**Consultas de Geriatria** – Consultas na especialidade médica voltada para o estudo, a prevenção e o tratamento de doenças dos indivíduos na faixa etária de 60 anos ou mais.

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



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

**Consultas com Médico Especialista** – Consultas com médicos cuja prática é restrita a uma área específica da Medicina.

### Meta

A meta é atingir um resultado igual ou superior a 3 consultas com médico generalista por uma consulta com especialista, por beneficiário na faixa etária de 60 anos ou mais, no período considerado.

### Pontuação

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Resultado</b>	<b>Valor de 0 a 1</b>
Resultado $\leq 0,3$	0
$0,3 < \text{Resultado} < 3,0$	$0 < V < 1$
Resultado $\geq 3$	1

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

## 1.6. Razão de Consultas Ambulatoriais com Pediatra por Beneficiário de 0 a 4 Anos (PESO 2)

### Conceito

Número médio de consultas ambulatoriais com pediatra por beneficiários de até 4 anos no período considerado.

### Método de Cálculo

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

### Definição de termos utilizados no Indicador

**Número 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.

### Interpretação do Indicador

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

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

### Usos

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

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

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

### Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

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

**Fonte:**

Rol/ANS 2016 – Anexo III – Diretrizes Clínicas

**Meta**

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

**Pontuação: em avaliação**

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

V= Resultado da Fórmula

## Fonte de dados

**Numerador:** Padrão TISS - Componente de Conteúdo e Estrutura, Parte III - Mensagens entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):

Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante igual a "225124 - Médico pediatra" (Campo 035) e Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado (Campo 066) igual a "10101012 - Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)" ou "10106146 - Atendimento ambulatorial em puericultura", para beneficiários com idade  $\leq 14$  anos (Data de realização ou data inicial do período de atendimento [Campo 029] – Data de nascimento [Campo 018]). Na hipótese de ter sido fornecido o número do Cartão Nacional de Saúde - CNS (Campo 016), a data de nascimento do beneficiário será obtida a partir do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB);

**Consultas com médico de família e comunidade**

**Denominador:** Sistema de Informações de Beneficiários (SIB).

## Ações esperadas

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

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

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

## 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](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](http://www.sbp.com.br/pdfs/CalendarioPuericultura_Jan2014.pdf). Acesso: 11jan2016.

MANUTUA

## 1.7. Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada (PESO 3)

### Conceito

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

### Método de Cálculo

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

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

### Definição de termos utilizados no Indicador

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

**Beneficiários univocamente identificados** – Por meio do Cartão Nacional de Saúde – CNS é possível identificar cada beneficiário de forma unívoca. O objetivo é somar, a partir do segundo exame realizado pelo beneficiário univocamente identificado, a quantidade de exames totais realizados no ano. Pressupõe-se que os exames realizados em beneficiários que apresentaram apenas um exame ao ano tinham finalidade diagnóstica e não de monitoramento do diabetes mellitus.

### Denominador:

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

### **Interpretação do Indicador**

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

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

Pode indicar situações de utilização excessiva e desnecessária deste exame.

### **Usos**

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

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

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



## **Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações**

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

A Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD (2016) recomenda que os exames de HbA1c devem ser realizados pelo menos duas vezes ao ano por todos os pacientes diabéticos e trimestralmente (quatro vezes ao ano) por aqueles que não atingiram o controle glicêmico recomendado ou submeteram-se a alterações do esquema terapêutico. Deste modo, quatro é o número máximo anual de exames de HbA1c que deve ser realizado para qualquer paciente diabético.

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

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

## **Meta**

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

## Pontuação

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Resultado</b>	<b>Valor de 0 a 1</b>
Resultado $\leq$ 0,20	0
$0,20 <$ Resultado $<$ 2,00	$0 < V < 1$
Resultado $\geq$ 2,00	1

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

## Fonte de Dados

**Numerador:** Padrão TISS - Componente de Conteúdo e Estrutura, Parte III - Mensagens entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):

Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado (Campo 066) igual a "40302075 - Hemoglobina glicada (A1 total) - pesquisa e/ou dosagem" ou "40302733 - Hemoglobina glicada (Fração A1c) - pesquisa e/ou dosagem" e Tipo de atendimento (Campo 045) igual a "05 - Exame Ambulatorial", para beneficiário univocamente identificado pelo número do Cartão Nacional de Saúde - CNS, com idade  $\geq$  19 anos e  $\leq$  75 anos (Data de realização ou data inicial do período de atendimento [Campo 029] - Data de nascimento do SIB).

**Denominador:** Sistema de Informações de Beneficiários (SIB); média de beneficiários com idade  $\geq$  19 anos e  $\leq$  75 anos em planos que incluam a segmentação ambulatorial, no período considerado.

## Ações esperadas

Realizar campanhas educativas dirigidas à rede prestadora sobre a utilização do exame de hemoglobina glicada no monitoramento do controle glicêmico de pacientes diabéticos em conformidade com as diretrizes clínicas da SBD (2016). Implementar ações de coordenação do cuidado entre médicos de diferentes especialidades para assegurar que o exame seja solicitado no momento oportuno

e para evitar a solicitação de “novos” exames sem que se tenha a informação sobre pedidos e resultados anteriores.

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

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

### **Limitações e Vieses**

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

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

### **Referências**

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

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

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

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

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

LYON, A. W. et al. Variation in the frequency of hemoglobin A1c (HbA1c) testing: population studies used to assess compliance with clinical practice guidelines and use of HbA1c to screen for diabetes. *J Diabetes Sci Technol*, v. 3, n. 3, p. 411-7, May 01 2009.

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

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

## 1.8. Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Cárie (PESO 2)

### Conceito

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

### Método de Cálculo:

Número de procedimentos voltados à preservação das estruturas dentárias no período de análise	
-----	
Total de procedimentos odontológicos realizados em beneficiários no período de análise	X 100

### Definição de termos utilizados no Indicador:

Procedimentos voltados à preservação das estruturas dentárias: Procedimentos de prevenção da doença cárie. Consistem em procedimentos clínicos, educativos e/ou terapêuticos que interferem nas causas da cárie, impedindo e/ou retardando o aparecimento de lesões relacionadas à essa doença.

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

### Interpretação do Indicador

A produção elevada de procedimentos relativos ao bloco preventivo pode apontar a capacidade da operadora em prover ações de prevenção e promoção em saúde bucal, minimizando a necessidade de procedimentos invasivos nos pacientes ao longo do tempo (qualidade).

## **Usos**

Analisar a cobertura de procedimentos preventivos relacionados à doença cárie, identificando variações e tendências que demandem o incremento de ações para a prevenção e intervenção precoce.

Possibilitar a realização de análises epidemiológicas comparativas, observando a série histórica do indicador, e correlacionando a realização de procedimentos preventivos em saúde bucal com os demais procedimentos odontológicos individuais.

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

Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações para a promoção da saúde bucal, prevenção e controle da doença cárie.

## **Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações**

O Programa Nacional de Saúde Bucal preconiza que o conceito ampliado de saúde, que deve nortear a mudança progressiva da prestação de serviços em saúde bucal, recomendando a mudança progressiva do modelo assistencial centrado na doença, para um modelo de atenção integral à saúde por meio da incorporação progressiva de mais ações de promoção da saúde e de proteção, em relação às ações de recuperação propriamente ditas (Brasil, 2008).

Entretanto, a saúde bucal no Brasil ainda enfrenta a incapacidade do modelo de oferta de serviços de incorporar tecnologias que preservem os dentes e procedimentos restauradores inseridos em uma lógica de promoção de saúde (Brasil, 2008).

São necessárias a organização e a qualificação dos serviços odontológicos visando diminuir o número de dentes perdidos por sequelas da cárie e doença periodontal na população brasileira, com a incorporação e a universalização de tecnologias preventivas individuais e coletivas para os agravos bucais mais comuns (Brasil, 2008).

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010, conhecida como Projeto SB Brasil 2010 (Brasil, 2012), analisou a situação da população brasileira com relação à doença cárie, entre outros aspectos, com o objetivo de proporcionar ao Ministério da Saúde, informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento no setor, tanto em nível nacional quanto no âmbito municipal (BRASIL, 2012).

Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que, segundo a classificação adotada pela OMS, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4) para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6) (BRASIL, 2012).

Ainda segundo os resultados do Levantamento em Saúde Bucal de 2010 no Brasil, aproximadamente 18% dos jovens de 12 anos nunca foram ao dentista em relação a 15% dos indivíduos de 65 a 74 anos (Brasil, 2012).

Aos 12 anos e de 15 a 19 anos de idade, 38% e 36% dos indivíduos, respectivamente, relataram a revisão e/ou prevenção como motivo da última consulta odontológica. Já entre os indivíduos de 35 a 44 anos, essa proporção cai para 21% e, entre os de 65 a 74 anos, vai para 12,8%, enquanto a maior parcela desses últimos estratos relata o tratamento como motivo da consulta (Brasil, 2012).

Ressalta-se a importância da realização de procedimentos preventivos em todos os beneficiários que procurem o serviço odontológico com objetivo de fortalecer a autonomia dos mesmos no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos (Brasil, 2008). Os resultados médios do SB Brasil 2010 para consultas de revisão e/ou prevenção foi de 27% (24 LI – 31 LS) (Brasil, 2012).

De acordo com o Sistema de Informações dos Produtos (SIP) da ANS no ano-base de 2015, a mediana do setor suplementar de saúde brasileiro para os procedimentos preventivos de cobertura obrigatória no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde tendeu a elevar-se com o porte da operadora e, para todos os portes, a mediana foi maior para as operadoras exclusivamente odontológicas em



comparação com as operadoras médico-hospitalares que oferecem planos na segmentação odontológica – Tabela 1 (BRASIL/ANS, 2015).

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

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

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

\*\*OD: operadoras exclusivamente odontológicas

Fonte: SIP – ANS, 2015

### Meta

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

### Pontuação

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

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

### Fonte de Dados

**Numerador:** TISS

87000016 (Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais);



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

**Denominador:** Somatório dos procedimentos 81000014 + 81000030 + 81000049 + 81000057 + 81000065 + 81000073 + 81000090 + 81000111 + 81000138 + 81000154 + 81000170 + 81000189 + 81000197 + 81000200 + 81000219 + 81000235 + 81000243 + 81000260 + 81000278 + 81000294 + 81000308 + 81000324 + 81000340 + 81000367 + 81000375 + 81000383 + 81000405 + 81000413 + 81000421 + 81000430 + 81000456 + 81000472 + 81000480 + 81000510 + 81000529 + 81000537 + 81000545 + 81000553 + 81000561 + 81000570 + 82000026 + 82000034 + 82000050 + 82000069 + 82000077 + 82000085 + 82000158 + 82000166 + 82000174 + 82000182 + 82000190 + 82000212 + 82000239 + 82000247 + 82000255 + 82000263 + 82000271 + 82000280 + 82000298 + 82000301 + 82000336 + 82000344 + 82000352 + 82000360 + 82000387 + 82000395 + 82000417 + 82000441 + 82000468 + 82000484 + 82000506 + 82000522 + 82000549 + 82000557 + 82000581 + 82000603 + 82000620 + 82000646 + 82000662 + 82000689 + 82000700 + 82000743 + 82000778 + 82000786 + 82000794 + 82000808 + 82000816 + 82000832 + 82000859 + 82000875 + 82000883 + 82000891 + 82000905 + 82000913 + 82000921 + 82000948 + 82000964 + 82000980 + 82001006 + 82001022 + 82001030 + 82001049 + 82001057 + 82001065 + 82001073 + 82001103 + 82001120 + 82001138 + 82001154 + 82001170 +

82001189 + 82001197 + 82001219 + 82001235 + 82001243 + 82001251 +  
82001286 + 82001294 + 82001308 + 82001316 + 82001324 + 82001332 +  
82001367 + 82001375 + 82001391 + 82001413 + 82001430 + 82001448 +  
82001456 + 82001464 + 82001499 + 82001502 + 82001510 + 82001529 +  
82001545 + 82001553 + 82001588 + 82001596 + 82001618 + 82001634 +  
82001642 + 82001650 + 82001669 + 82001685 + 82001707 + 82001715 +  
82001723 + 82001731 + 82001740 + 82001758 + 82001766 + 83000020 +  
83000046 + 83000062 + 83000089 + 83000097 + 83000100 + 83000127 +  
83000135 + 83000151 + 84000015 + 84000031 + 84000058 + 84000074 +  
84000090 + 84000112 + 84000139 + 84000163 + 84000171 + 84000198 +  
84000201 + 84000228 + 84000236 + 84000244 + 84000252 + 85000787 +  
85100013 + 85100021 + 85100030 + 85100048 + 85100056 + 85100064 +  
85100072 + 85100080 + 85100099 + 85100102 + 85100110 + 85100129 +  
85100137 + 85100145 + 85100153 + 85100161 + 85100170 + 85100196 +  
85100200 + 85100218 + 85100226 + 85100234 + 85100242 + 85100250 +  
85100269 + 85200018 + 85200026 + 85200034 + 85200042 + 85200050 +  
85200069 + 85200077 + 85200085 + 85200093 + 85200107 + 85200115 +  
85200123 + 85200131 + 85200140 + 85200158 + 85200166 + 85200174 +  
85200182 + 85300012 + 85300020 + 85300039 + 85300047 + 85300055 +  
85300063 + 85300071 + 85300080 + 85300098 + 85300101 + 85400017 +  
85400025 + 85400033 + 85400041 + 85400050 + 85400068 + 85400076 +  
85400084 + 85400092 + 85400106 + 85400114 + 85400122 + 85400130 +  
85400149 + 85400157 + 85400165 + 85400173 + 85400181 + 85400190 +  
85400203 + 85400211 + 85400220 + 85400238 + 85400246 + 85400254 +  
85400262 + 85400270 + 85400289 + 85400297 + 85400300 + 85400319 +  
85400327 + 85400335 + 85400343 + 85400351 + 85400360 + 85400378 +  
85400386 + 85400394 + 85400408 + 85400416 + 85400424 + 85400432 +  
85400440 + 85400459 + 85400467 + 85400475 + 85400483 + 85400491 +  
85400505 + 85400513 + 85400521 + 85400530 + 85400548 + 85400556 +  
85400564 + 85400572 + 85400580 + 85400599 + 85400602 + 85400610 +  
85500011 + 85500020 + 85500038 + 85500046 + 85500054 + 85500062 +  
85500070 + 85500089 + 85500097 + 85500100 + 85500119 + 85500127 +  
85500135 + 85500143 + 85500151 + 85500160 + 85500178 + 85500186 +  
85500194 + 85500208 + 85500216 + 85500224 + 86000012 + 86000020 +

86000039 + 86000047 + 86000055 + 86000063 + 86000080 + 86000098 +  
86000110 + 86000128 + 86000144 + 86000152 + 86000160 + 86000179 +  
86000187 + 86000195 + 86000209 + 86000225 + 86000233 + 86000241 +  
86000250 + 86000268 + 86000276 + 86000284 + 86000292 + 86000306 +  
86000314 + 86000322 + 86000330 + 86000357 + 86000365 + 86000373 +  
86000381 + 86000390 + 86000403 + 86000411 + 86000420 + 86000438 +  
86000446 + 86000454 + 86000462 + 86000470 + 86000489 + 86000497 +  
86000500 + 86000519 + 86000527 + 86000535 + 86000543 + 86000551 +  
86000560 + 86000578 + 86000586 + 86000594 + 86000608 + 86000616 +  
87000016 + 87000024 + 87000032 + 87000040 + 87000059 + 87000067 +  
87000148 + 87000164 + 87000180 + 87000199 nas guias de tratamento  
odontológico.

### **Ações de impacto esperadas**

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários que recebem ações de promoção e prevenção em saúde bucal, podendo priorizar beneficiários por ciclos de vida e/ou condição de saúde.

Analisar a orientação dos modelos assistenciais praticados na atenção odontológica da saúde suplementar.

Apontar a necessidade de estudos específicos de qualidade da atenção à saúde bucal.

Sensibilizar as operadoras sobre a importância da prevenção e qualificação da atenção em saúde bucal.

Divulgar os indicadores estabelecidos para as operadoras junto aos prestadores de serviço, sensibilizando as operadoras sobre a importância da prevenção e qualificação da atenção em saúde bucal.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de ações de prevenção e/ou promoção, proteção e diagnóstico precoce em saúde bucal.

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

### **Limitações e Vieses**

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

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

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

### **Referências**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **1.9. Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Periodontia (PESO 2)**

#### **Conceito**

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

#### **Método de Cálculo:**

Número de procedimentos preventivos em periodontia no período de análise
-----
Total de procedimentos odontológicos realizados no período de análise
X 100

#### **Definição de termos utilizados no Indicador:**

Procedimentos preventivos em periodontia: Procedimentos de prevenção ligados aos tecidos de suporte do dente. Consistem em procedimentos clínicos, educativos e/ou terapêuticos que interferem nas causas das doenças periodontais, impedindo e/ou retardando o aparecimento de lesões periodontais, tais como a raspagem supra gengival por hemiarçada (para a remoção de cálculo supra gengival, em beneficiários com 12 anos de idade ou mais), raspagem subgengival, entre outros. A listagem completa dos códigos procedimentos encontra-se detalhada na fonte de dados desta ficha, e sua descrição deve ser referenciada na tabela de Representação de Conceitos em Saúde (TUSS - Terminologia Unificada da Saúde Suplementar), divulgada no site da ANS.

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

## **Interpretação do Indicador**

A produção elevada de procedimentos relativos ao bloco preventivo pode apontar a capacidade da operadora em prover ações de prevenção e promoção em saúde bucal, minimizando a necessidade de procedimentos invasivos nos pacientes ao longo do tempo (qualidade).

## **Usos**

Analisar a cobertura de procedimentos preventivos em periodontia, identificando variações e tendências que demandem o incremento de ações para a prevenção e intervenção precoce.

Possibilitar a realização de análises epidemiológicas comparativas, observando a série histórica do indicador, e correlacionando a realização de procedimentos preventivos em periodontia com os demais procedimentos periodontais.

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

Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações para a promoção da saúde bucal, prevenção e controle das doenças bucais.

## **Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações**

O Programa Nacional de Saúde Bucal preconiza que o conceito ampliado de saúde, que deve nortear a mudança progressiva da prestação de serviços em saúde bucal, recomendando a mudança progressiva do modelo assistencial centrado na doença, para um modelo de atenção integral à saúde por meio da incorporação progressiva de mais ações de promoção da saúde e de proteção, em relação às ações de recuperação propriamente ditas (Brasil, 2008).

Entretanto, a saúde bucal no Brasil ainda enfrenta a incapacidade do modelo de oferta de serviços de incorporar tecnologias que preservem os dentes e procedimentos restauradores inseridos em uma lógica de promoção de saúde (Brasil, 2008).



São necessárias a organização e a qualificação dos serviços odontológicos visando diminuir o número de dentes perdidos por sequelas da cárie e doença periodontal na população brasileira, com a incorporação e a universalização de tecnologias preventivas individuais e coletivas para os agravos bucais mais comuns (Brasil, 2008).

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010, conhecida como Projeto SB Brasil 2010 (Brasil, 2012), analisou a situação da população brasileira com relação a doenças da gengiva, entre outros aspectos, com o objetivo de proporcionar ao Ministério da Saúde, informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento no setor, tanto em nível nacional quanto no âmbito municipal (BRASIL, 2012).

A presença de cálculo e sangramento é mais comum aos 12 anos e entre os adolescentes. As formas mais graves da doença periodontal aparecem de modo mais significativo nos adultos (de 35 a 44 anos), em que se observa uma prevalência de 19,4%. Nos idosos, os problemas gengivais têm pequena expressão em termos populacionais, em decorrência do reduzido número de dentes presentes (BRASIL, 2012).

Ainda segundo os resultados do Levantamento em Saúde Bucal de 2010 no Brasil, aproximadamente 18% dos jovens de 12 anos nunca foram ao dentista em relação a 15% dos indivíduos de 65 a 74 anos (Brasil, 2012).

Aos 12 anos e de 15 a 19 anos de idade, 38% e 36% dos indivíduos, respectivamente, relataram a revisão e/ou prevenção como motivo da última consulta odontológica. Já entre os indivíduos de 35 a 44 anos, essa proporção cai para 21% e, entre os de 65 a 74 anos, vai para 12,8%, enquanto a maior parcela desses últimos estratos relata o tratamento como motivo da consulta (Brasil, 2012).

Ressalta-se a importância da realização de procedimentos preventivos em todos os beneficiários que procurem o serviço odontológico com objetivo de fortalecer a autonomia dos mesmos no controle do processo saúde-doença e na condução



de seus hábitos (Brasil, 2008). Os resultados médios do SB Brasil 2010 para consultas de revisão e/ou prevenção foi de 27% (24 LI – 31 LS) (Brasil, 2012).

### Meta

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

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

### Pontuação

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

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

### Fonte de Dados

**Numerador:** Somatório dos procedimentos TISS:

87000016 (Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais);

87000024 (Atividade educativa para pais e/ou cuidadores);

84000139 (Atividade educativa em saúde bucal);

84000163 (Controle de biofilme (placa bacteriana));

84000198 (Profilaxia: polimento coronário);

84000236 (Teste de contagem microbiológica);

84000244 (Teste de fluxo salivar);

85300055 (Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana));

84000228 (Teste de capacidade tampão da saliva);

84000252 (Teste de PH salivar).

85300047(Raspagem supra-gengival); 85300039 (Raspagem sub-gengival/alisamento radicular);

85300098 (manutenção periodontal).

**Denominador:** Somatório dos procedimentos odontológicos no TISS: 81000014

+ 81000030 + 81000049 + 81000057 + 81000065 + 81000073 + 81000090 +  
81000111 + 81000138 + 81000154 + 81000170 + 81000189 + 81000197 +  
81000200 + 81000219 + 81000235 + 81000243 + 81000260 + 81000278 +  
81000294 + 81000308 + 81000324 + 81000340 + 81000367 + 81000375 +  
81000383 + 81000405 + 81000413 + 81000421 + 81000430 + 81000456 +  
81000472 + 81000480 + 81000510 + 81000529 + 81000537 + 81000545 +  
81000553 + 81000561 + 81000570 + 82000026 + 82000034 + 82000050 +  
82000069 + 82000077 + 82000085 + 82000158 + 82000166 + 82000174 +  
82000182 + 82000190 + 82000212 + 82000239 + 82000247 + 82000255 +  
82000263 + 82000271 + 82000280 + 82000298 + 82000301 + 82000336 +  
82000344 + 82000352 + 82000360 + 82000387 + 82000395 + 82000417 +  
82000441 + 82000468 + 82000484 + 82000506 + 82000522 + 82000549 +  
82000557 + 82000581 + 82000603 + 82000620 + 82000646 + 82000662 +  
82000689 + 82000700 + 82000743 + 82000778 + 82000786 + 82000794 +  
82000808 + 82000816 + 82000832 + 82000859 + 82000875 + 82000883 +  
82000891 + 82000905 + 82000913 + 82000921 + 82000948 + 82000964 +  
82000980 + 82001006 + 82001022 + 82001030 + 82001049 + 82001057 +  
82001065 + 82001073 + 82001103 + 82001120 + 82001138 + 82001154 +  
82001170 + 82001189 + 82001197 + 82001219 + 82001235 + 82001243 +  
82001251 + 82001286 + 82001294 + 82001308 + 82001316 + 82001324 +  
82001332 + 82001367 + 82001375 + 82001391 + 82001413 + 82001430 +  
82001448 + 82001456 + 82001464 + 82001499 + 82001502 + 82001510 +  
82001529 + 82001545 + 82001553 + 82001588 + 82001596 + 82001618 +  
82001634 + 82001642 + 82001650 + 82001669 + 82001685 + 82001707 +  
82001715 + 82001723 + 82001731 + 82001740 + 82001758 + 82001766 +

83000020 + 83000046 + 83000062 + 83000089 + 83000097 + 83000100 +  
83000127 + 83000135 + 83000151 + 84000015 + 84000031 + 84000058 +  
84000074 + 84000090 + 84000112 + 84000139 + 84000163 + 84000171 +  
84000198 + 84000201 + 84000228 + 84000236 + 84000244 + 84000252 +  
85000787 + 85100013 + 85100021 + 85100030 + 85100048 + 85100056 +  
85100064 + 85100072 + 85100080 + 85100099 + 85100102 + 85100110 +  
85100129 + 85100137 + 85100145 + 85100153 + 85100161 + 85100170 +  
85100196 + 85100200 + 85100218 + 85100226 + 85100234 + 85100242 +  
85100250 + 85100269 + 85200018 + 85200026 + 85200034 + 85200042 +  
85200050 + 85200069 + 85200077 + 85200085 + 85200093 + 85200107 +  
85200115 + 85200123 + 85200131 + 85200140 + 85200158 + 85200166 +  
85200174 + 85200182 + 85300012 + 85300020 + 85300039 + 85300047 +  
85300055 + 85300063 + 85300071 + 85300080 + 85300098 + 85300101 +  
85400017 + 85400025 + 85400033 + 85400041 + 85400050 + 85400068 +  
85400076 + 85400084 + 85400092 + 85400106 + 85400114 + 85400122 +  
85400130 + 85400149 + 85400157 + 85400165 + 85400173 + 85400181 +  
85400190 + 85400203 + 85400211 + 85400220 + 85400238 + 85400246 +  
85400254 + 85400262 + 85400270 + 85400289 + 85400297 + 85400300 +  
85400319 + 85400327 + 85400335 + 85400343 + 85400351 + 85400360 +  
85400378 + 85400386 + 85400394 + 85400408 + 85400416 + 85400424 +  
85400432 + 85400440 + 85400459 + 85400467 + 85400475 + 85400483 +  
85400491 + 85400505 + 85400513 + 85400521 + 85400530 + 85400548 +  
85400556 + 85400564 + 85400572 + 85400580 + 85400599 + 85400602 +  
85400610 + 85500011 + 85500020 + 85500038 + 85500046 + 85500054 +  
85500062 + 85500070 + 85500089 + 85500097 + 85500100 + 85500119 +  
85500127 + 85500135 + 85500143 + 85500151 + 85500160 + 85500178 +  
85500186 + 85500194 + 85500208 + 85500216 + 85500224 + 86000012 +  
86000020 + 86000039 + 86000047 + 86000055 + 86000063 + 86000080 +  
86000098 + 86000110 + 86000128 + 86000144 + 86000152 + 86000160 +  
86000179 + 86000187 + 86000195 + 86000209 + 86000225 + 86000233 +  
86000241 + 86000250 + 86000268 + 86000276 + 86000284 + 86000292 +  
86000306 + 86000314 + 86000322 + 86000330 + 86000357 + 86000365 +  
86000373 + 86000381 + 86000390 + 86000403 + 86000411 + 86000420 +  
86000438 + 86000446 + 86000454 + 86000462 + 86000470 + 86000489 +

86000497 + 86000500 + 86000519 + 86000527 + 86000535 + 86000543 + 86000551 + 86000560 + 86000578 + 86000586 + 86000594 + 86000608 + 86000616 + 87000016 + 87000024 + 87000032 + 87000040 + 87000059 + 87000067 + 87000148 + 87000164 + 87000180 + 87000199 nas guias de tratamento odontológico.

### **Ações esperadas**

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários que recebem ações de promoção e prevenção em saúde bucal, podendo priorizar beneficiários por ciclos de vida e/ou condição de saúde.

Analisar a orientação dos modelos assistenciais praticados na atenção odontológica da saúde suplementar.

Apontar a necessidade de estudos específicos de qualidade da atenção à saúde bucal.

Sensibilizar as operadoras sobre a importância da prevenção e qualificação da atenção em saúde bucal.

Divulgar os indicadores estabelecidos para as operadoras junto aos prestadores de serviço, sensibilizando as operadoras sobre a importância da prevenção e qualificação da atenção em saúde bucal.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de ações de prevenção e/ou promoção, proteção e diagnóstico precoce em saúde bucal.

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

### **Limitações e Vieses**

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

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

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

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

## **Referências**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **1.10. Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (BÔNUS de 10% a 15%)**

#### **Conceito**

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

#### **Método de Cálculo**

##### **Resultado do IDQS + (IDQS\*0,10)**

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

- Formulário de Cadastramento (FC) devidamente preenchido, até 31 de dezembro do ano de referência da avaliação de desempenho, além do Formulário de Monitoramento (FM) anual preenchido, quando devido, referentes aos programas em áreas de atenção que não incluam a área de atenção ao idoso. Os programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (FC ou FM) deverão estar aprovados pela ANS, até a data do processamento do IDSS, conforme disposto na Instrução Normativa Conjunta DIOPE e DIPRO nº 07 de 23/11/2012.

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

##### **Resultado do IDQS + (IDQS \*0,15)**

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

- Formulário de Cadastramento (FC) devidamente preenchido, até 31 de dezembro do ano de referência da avaliação de desempenho, além do Formulário de Monitoramento (FM) anual preenchido, quando devido,



referentes aos **programas que incluem a área de atenção ao idoso sem limite superior de idade, ou seja, que não restrinja qualquer faixa etária acima de 60 anos**. Os programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (FC ou FM) deverão estar aprovados pela ANS, até a data do processamento do IDSS, conforme disposto na Instrução Normativa Conjunta DIOPE e DIPRO nº 07 de 23/11/2012.

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

**OBSERVAÇÃO: A pontuação bônus não é cumulativa, ou seja, caso a operadora possua programas aprovados na área de atenção ao idoso e também nas demais áreas de atenção, a bonificação máxima será de (IDQS\*0,15).**

### **Interpretação da Pontuação Bônus**

Bonifica a operadora que possui programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados pela ANS, elevando a pontuação do IDQS. Para aquelas que possuem programas aprovados pela ANS, que incluem a área de atenção ao idoso sem limite superior de idade, a bonificação é maior.

A ANS tem buscado estimular as operadoras de planos de saúde a repensarem a organização do sistema de saúde com vistas a contribuir para mudanças que possibilitem sair do modelo hegemonicamente centrado na doença para um modelo de atenção em que haja incorporação progressiva de ações para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Desta forma, esta Pontuação Bônus se aplica às operadoras de planos privados de assistência à saúde que têm desenvolvido estratégias alinhadas a esta proposta de reorientação dos modelos assistenciais.

### **Usos**

Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde a desenvolverem programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e



doenças, contribuindo para a melhoria dos níveis de saúde da população beneficiária.

### **Referências**

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Instrução Normativa Conjunta DIOPE/DIPRO 07 de 23/11/2012.

.....Resolução Normativa 264 de 19 de agosto de 2011.

.....Instrução Normativa 34 de 19 de agosto de 2011.

MANUTIDA

### **1.11. Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS (PONTUAÇÃO BASE de 0,15)**

#### **Conceito**

Pontuação base atribuída ao resultado do Índice de Desempenho da Qualidade em Atenção à Saúde – IDQS, para as operadoras que assinaram Termo de Compromisso / Termo de Acompanhamento em um dos Projetos: (1) Parto Adequado; (2) Idoso Bem Cuidado; (3) OncoRede; e (4) Projeto Sorrir, até o último dia útil do ano-base analisado.

#### **Método de Cálculo**

**(Pontuação Base + IDQS) ≤ 1**

Onde:

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

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

#### **Em relação ao Projeto Parto Adequado**

- Assinado o Termo de Compromisso como operadora apoiadora do Projeto Parto Adequado e;
- Enviado proposta com os compromissos a serem desenvolvidos em relação ao projeto e;
- Realizado as atividades previstas no Termo de Compromisso.

### **Em relação ao Projeto Idoso Bem Cuidado**

- Assinado o Termo de Acompanhamento de Inovações em Qualidade nos Serviços de saúde na área de Cuidado ao Idoso – Projeto Idoso Bem Cuidado;
- Envio do Projeto-Piloto a ser implementado, contemplando um ou mais dos eixos estruturantes do modelo proposto: (1) Atenção Primária; (2) Atenção Hospitalar; (3) Reabilitação, Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos; e (4) Navegador do Cuidado.
- Realizado as atividades previstas no Termo de Compromisso.

### **Em relação ao Projeto OncoRede**

- Assinado o Termo de Acompanhamento de Inovações em Qualidade nos Serviços de saúde na área de Oncologia – Projeto OncoRede;
- Envio do Projeto-Piloto a ser implementado, contemplando um ou mais dos eixos estruturantes do Projeto e indicadores de monitoramento da qualidade da atenção oncológica.
- Realizado as atividades previstas no Termo de Compromisso.

### **Em relação ao Projeto Sorrir**

- Assinado o Termo de Acompanhamento de Inovações em Qualidade nos Serviços de saúde na área de Odontologia – Projeto Sorrir;
- Envio do Projeto-Piloto a ser implementado, contemplando um ou mais dos módulos do modelo proposto e indicadores de monitoramento da qualidade da atenção odontológica.
- Realizado as atividades previstas no Termo de Compromisso.

## **Interpretação da Pontuação Base**

Incentiva a operadora que participa dos projetos propostos pela ANS de forma voluntária. O modelo apresentado pela ANS tem por principal meta a melhoria da qualidade e da coordenação do atendimento prestado desde a porta-de-entrada do sistema e ao longo do *continuum* do cuidado. Como consequência, será possível observar no tempo a utilização mais adequada dos recursos do sistema como um todo - tanto por profissionais de saúde quanto por usuários / pacientes.

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

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

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

## **Usos**

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

## **Referências**

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

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

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

## 2. INDICADORES DA DIMENSÃO GARANTIA DE ACESSO – IDGA

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

#### Conceito

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

#### Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de sessões de hemodiálise crônica}^*}{\text{Média de beneficiário sem planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado}}$$

\*Com fator redutor de acordo com a Taxa de Ressarcimento de hemodiálise ao SUS, quando aplicável.

#### Definição de termos utilizados no Indicador

##### Número de sessões de hemodiálise crônica

Número de sessões de terapia no período para a purificação insuficiente do sangue pelos rins, baseado na hemodiálise, devendo ser excluídas as sessões de hemodiálise diária (>4x/semana) e de diálise peritoneal.

##### Beneficiários em planos que incluem a segmentação ambulatorial

Beneficiários de planos que incluem a cobertura ambulatorial – prestação de serviços de saúde que compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, podendo ou não oferecer outras coberturas (referência; ambulatorial + odontológico; ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia; ambulatorial + hospitalar com obstetrícia; ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico; ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico).

##### Taxa estimada de utilização de hemodiálise no SUS

A taxa de utilização estimada de hemodiálise é definida por operadora. Para fazer a estimativa da utilização de hemodiálise por operadora, após a identificação das

hemodiálises utilizadas por beneficiários de operadoras no SUS, podem ocorrer situações em que o procedimento era “não devido”. O resultado desta situação somente será conhecido no decorrer dos anos seguintes, após a análise final dos recursos administrativos gerados eventualmente pelas operadoras. Por este motivo, estima-se o resultado dos recursos que encontram-se em análise, com base no histórico de cada operadora, aproveitando os resultados reais do que já foi decidido. A estimativa do que será deferido/indeferido se dá da seguinte forma: Número Total de Eventos Estimados (por operadora) = número de eventos pagos (sem recurso) + estimativa do que será julgado passível de cobrança em 1ª instância + pago/não questionado após resultado de primeira instância + estimativa do que será julgado passível de cobrança em 2ª instância + pago/não questionado após resultado de segunda instância

### **Interpretação do Indicador**

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

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

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

### **Usos**

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

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

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

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

### **Parâmetros e Dados Estatísticos**

O Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica da Sociedade Brasileira de Nefrologia estimou uma prevalência de pacientes em tratamento dialítico de 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 Programa de Qualificação de Operadoras, 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 (156 sessões por ano), resultando em cerca de 0,065 sessões por beneficiário por ano.

Os dados do utilização do SUS do ano de 2014 indicam que na distribuição de utilização estimada dos procedimentos de hemodiálise com no máximo 3 sessões por semana (excluindo-se procedimentos pediátricos e em pacientes HIV positivos) por beneficiário, o percentil 80 do total de procedimentos ao ano por beneficiário situou-se em 0,005674. Ou seja, considera-se que 20% das operadoras apresentam alta utilização do SUS (acima de 0,005674).

### **Meta**

Apresentar um número de sessões de hemodiálise crônica superior a 0,052 sessões por beneficiário por ano, ou seja, cerca de 80% do valor esperado de 0,065 sessões por beneficiário por ano, e apresentar utilização do SUS próxima de zero. Para fins deste indicador, considerou-se como alta utilização do SUS uma taxa de utilização estimada acima de 0,005674 ao ano.

### **Pontuação**

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
------------------	------------------



<b>Resultado</b>	<b>Valor de 0 a 1</b>
Resultado = 0	0
0 < Resultado < 0,052 e Taxa de utilização do SUS < 0,005674	0 < V < 1
0 < Resultado < 0,052 e Taxa de utilização do SUS ≥ 0,005674	(0 < V < 1) * 0,8
Resultado ≥ 0,052 e Taxa de utilização do SUS ≥ 0,005674	0,9
Resultado ≥ 0,052 e Taxa de utilização do SUS < 0,005674	1

$V = (0 < \text{Resultado} < 0,052) / 0,052$

### Fonte de Dados

**Numerador:** Produção da saúde suplementar: Padrão TISS - Componente de Conteúdo e Estrutura, Parte III - Mensagens entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado (Campo 066) igual a "30909031 Hemodiálise crônica (por sessão)".

Taxa de utilização estimada do SUS: nº de procedimentos das APACS do DATASUS para hemodiálise em beneficiários da operadora.

**Denominador:** Produção da saúde suplementar: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB); número médio de beneficiários em planos que incluam a segmentação ambulatorial, no período considerado.

Taxa de utilização estimada do SUS: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB); número médio de beneficiários da operadora (MH).

### Ações esperadas

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

## **Limitações e Vieses**

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

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

A Taxa de Utilização estimada do SUS para hemodiálise pode ser influenciada pelo tipo de plano contratado (falta de cobertura), por uso no período de carência, por identificação errônea do beneficiário, dentre outros fatores. As informações disponíveis de utilização do SUS têm uma defasagem temporal em relação à produção própria das operadoras.

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 agravo de proporções crescentes na população brasileira. Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

MANUATA

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

### Conceito

Número de consultas médicas em regime ambulatorial, de caráter eletivo e de urgência ou emergência em relação ao número médio de beneficiários na faixa etária acima de 60 anos, no período considerado.

### Método de Cálculo

$$\frac{\text{Total de consultas ambulatoriais, com Médico Generalista para Idoso por beneficiário univocamente identificado, na faixa etária de 60 anos ou mais}}{\text{Média de beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais em planos que contenham a segmentação ambulatorial no período considerado}}$$

### Definição de termos utilizados no Indicador

**Consultas com Generalista para Idosos:** Engloba as consultas realizadas com médico das especialidades de Clínica Médica, Geriatria, Medicina de Família e Comunidade e do Médico Generalista propriamente dito.

**Consultas de Clínica Médica** - Atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico, na especialidade de clínica médica em beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais.

**Consultas de Geriatria** – Consultas na especialidade médica voltada para o estudo, a prevenção e o tratamento de doenças dos indivíduos na faixa etária de 60 anos ou mais.

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

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

## **Interpretação do Indicador**

Estima a cobertura de consultas médicas com médico Generalista para Idosos em beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais de idade.

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

## **Usos**

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários e identificar as necessidades de saúde dos indivíduos de 60 anos ou mais de idade.

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

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

Possibilitar o redimensionamento da rede credenciada de prestadores, para que os beneficiários na faixa etária acima de 60 anos obtenham acesso adequado às consultas ambulatoriais com generalistas.

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

Estimular a mudança do Modelo assistencial das operadoras, com ênfase na promoção da saúde, prevenção de riscos e doenças e atenção básica em saúde.

## **Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações**

A Programação das Ações de Vigilância em Saúde - PAVS (BRASIL, 2006) propõe a realização de 4 consultas por beneficiário com 60 anos ou mais de idade por ano, o equivalente a 3 consultas de clínica médica e 1 consulta especializada. Para a composição do indicador, para fins do "Programa Qualificação Operadoras", as consultas de Clínica Médica, Geriatria e Medicina de Família e Comunidade foram utilizadas junto com a consulta com generalista para se estimar as consultas com generalistas para idosos. Desse modo, são propostas 3 consultas com médico generalista para idosos.

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

### Meta

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

### Pontuação

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Resultado</b>	<b>Valor de 0 a 1</b>
Resultado $\leq 0,7$	0
$0,7 < \text{Resultado} < 2$	$0 < V < 1$
Resultado $\geq 2$	1

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

### Fonte de Dados

**Numerador:** Padrão TISS - Componente de Conteúdo e Estrutura, Parte III - Mensagens entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):

Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante igual a "225125 - Médico clínico", "225130 - Médico de família e comunidade", "225170 - Médico generalista", ou "225180 - Médico geriatra" e Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado (Campo 066) igual a "10101012 - Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)" ou "20101236 - Avaliação geriátrica ampla - AGA", para beneficiários com idade  $\geq 60$  anos (Data de realização ou data inicial do período de atendimento [Campo 029] - Data de nascimento do SIB a partir do Cartão Nacional de Saúde - CNS (Campo 016).

**Denominador:** Número de Beneficiários do SIB (Sistema de Informações de Beneficiários) com idade  $\geq 60$  anos em planos que contenham a segmentação ambulatorial.

### **Ações esperadas**

Identificar as necessidades de saúde dos idosos e adotar estratégias para a captação e aumento da cobertura assistencial básica específica para este ciclo de vida, assim como, das estratégias de prevenção de riscos e doenças.

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

Pactuar e sensibilizar os prestadores sobre a importância do processo de qualificação da assistência básica.

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

### **Limitações e Vieses**

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

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

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

### **Referências**

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



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

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. PORTARIA N. 64, DE 30 DE MAIO DE 2008. Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS): Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde – Saúde do Idoso, Volume 5, 2006.

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

## **2.3 Dispersão de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas (PESO 1)**

### **Conceito**

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

### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Nº de municípios com disponibilidade de serviços de Urgência e Emergência 24 horas no RPS, que tiveram pelo menos 1 atendimento no TISS}}{\text{Nº de municípios no CNES que apresentaram disponibilidade de serviço de urgência e emergência na área de atuação dos produtos}} \times 100$$

### **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 no RPS, que tiveram pelo menos 1 atendimento no TISS**

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 e com pelo menos uma utilização identificada no TISS. 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	Consortorio Publico de Direito Publico (Associacao Publica)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Municipio
5037	Outras Instituicoes Extraterritoriais
5029	Representacao Diplomatica Estrangeira

### **Municípios no CNES que apresentaram disponibilidade de serviço de urgência e emergência na área de atuação do produto**

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

## **Critérios de Exclusão**

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

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

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

As operadoras exclusivamente odontológicas não terão avaliação neste indicador.

### **Disponibilidade de Serviços de Urgência e Emergência 24 horas**

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

<p>Urgência e Emergência 24H</p>	<p>I. Se possuir no menu "Relatórios", seção "Turnos de Atendimento" algum item com Código 06 e Descrição "Atendimento Contínuo de 24 horas/dia (Plantão: inclui sábados, domingos e feriados)", e:</p> <p>"Link": <a href="http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Atendimento.asp">http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Atendimento.asp</a>.</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": <a href="http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp">http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp</a> .</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" :<a href="http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp">http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp</a>.</p>
----------------------------------	--

## Interpretação do Indicador

Verifica a disponibilidade e uso 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 e efetiva utilização.

## Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O parâmetro é ter disponibilidade real de serviços de urgência e emergência 24 horas em 100% dos municípios indicados como área de atuação dos produtos. Para averiguar a disponibilidade real considera-se a efetiva utilização no TISS. Como há produtos com cobertura nacional, mas cuja utilização dos beneficiários está concentrada próxima aos municípios de residência, a efetiva utilização da rede observada no TISS pode não abranger 100% dos municípios indicados como área de atuação dos produtos (como por exemplo em planos com cobertura nacional). Por este motivo, o parâmetro para real utilização será de 90%.

### **Meta**

Apresentar utilização de serviços de urgência e emergência 24 horas em 90% dos municípios com previsão de cobertura assistencial.

### **Pontuação**

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Resultado</b>	<b>Valor de 0 a 1</b>
Resultado = 0%	0
$0\% < \text{Resultado} < 90\%$	$0 < V < 0,9$
Resultado $\geq 90\%$	1

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

### **Fonte**

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

ANS/Sistema TISS

MS/DATASUS/CNES

### **Ações esperadas**



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.

Problemas referentes à qualidade de preenchimento do TISS.

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**

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

.....Instrução Normativa (IN) DIPRO nº 23, de 1º de dezembro de 2009, alterada pela IN DIPRO nº 28, de 29 de julho de 2010.

## 2.4 Taxa de Primeira Consulta ao Dentista por Beneficiário por ano (PESO 1)

### Conceito

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

### Método de cálculo

Número total de primeiras consultas ao dentista no ano em beneficiário univocamente identificado com dois anos ou mais de idade
Número médio de beneficiários elegíveis ao procedimento

### Definição de termos utilizados no indicador

**Primeira consulta ao dentista no ano** – Primeira consulta odontológica realizada no ano pelo beneficiário, destinada à elaboração do plano de tratamento, incluindo exame clínico, anamnese, preenchimento de ficha clínica odontológica, diagnóstico das doenças/anomalias bucais do paciente e prognóstico (primeira consulta odontológica inicial).

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

### 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 à prevenção das doenças bucais, avaliação dos fatores de risco individuais, realização de diagnóstico precoce com redução das sequelas e limitação dos danos, contribuindo para a redução dos custos com tratamento odontológico, melhora nas condições de saúde bucal e aumento da qualidade de vida dos indivíduos.

## **Usos**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações**

A ABO-Odontopediatria enfatiza a importância da intervenção profissional na saúde bucal o mais precoce possível. O estabelecimento do risco e da atividade de cárie são elementos essenciais no cuidado clínico atual. Os benefícios principais da intervenção precoce, além da avaliação do status do risco, incluem a análise da exposição ao fluoreto e das práticas de alimentação, bem como aconselhamento quanto à higiene bucal. A visita odontológica precoce deve ser vista como um dos pilares para a realização dos procedimentos preventivos e diagnóstico precoce (ABO-ODONTOPEIDRIA, 2009).

Através dos resultados oriundos da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010 (Brasil, 2012) foram estimadas, no Brasil, as necessidades de tratamento em Odontologia.

Observou-se que a presença de cálculo dentário aumenta com a idade, atingindo a maior prevalência entre adultos, próximo dos 64%, declinando nos idosos. Bolsas periodontais rasas acometem aproximadamente 10% dos jovens entre 15 a 19 anos, ¼ dos adultos entre 35 a 44 anos e 14% dos idosos. Bolsas profundas são ainda mais raras, atingem menos de 1% dos jovens de 15 a 19 anos, menos de 7% dos adultos e aproximadamente 3% dos idosos. Em relação à cárie dentária, a necessidade mais frequente é de restaurações de uma superfície (Brasil, 2012).

Assim como verificado para os índices de cárie, há desigualdades entre as regiões do país, sendo as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste as que, em geral, apresentam mais dentes que necessitam de restaurações, tratamentos pulpares ou extrações (Brasil, 2012).

Seguem os dados do uso de serviços odontológicos no Brasil, por faixa etária:

Tabela 1 - Uso de serviços odontológicos para indivíduos de 12 anos de idade por região do Brasil.

	n	Região															Brasil					
		Norte				Nordeste				Sudeste				Sul			Centro-Oeste				%	IC (95%)
		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)							
	L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.					
<b>Consulta ao dentista pelo menos uma vez na vida</b>																						
Não	1.337	26,8	22,2	32,1	25,8	21,1	31,2	16,6	11,6	23,2	9,8	6,6	14,2	19,6	13,3	27,9	18,1	14,7	22,1			
Sim	5.918	71,4	66,0	76,3	73,1	67,7	78,0	82,0	76,0	86,7	88,4	82,3	92,6	79,4	70,2	86,2	80,5	76,8	83,7			
Não sabe/Não respondeu	73	1,8	1,0	3,2	1,1	0,5	2,4	1,4	0,4	4,7	1,8	0,4	7,0	1,1	0,4	2,7	1,4	0,7	3,0			
<b>Frequência da consulta</b>																						
Menos de 1 ano	3.570	52,1	46,1	58,0	61,9	57,8	66,0	53,4	44,1	62,4	67,8	60,7	74,1	61,0	55,2	66,5	56,6	50,5	62,5			
1 a 2 anos	1.669	35,3	30,7	40,2	26,7	23,3	30,3	32,7	26,6	39,4	22,9	17,6	29,2	27,9	23,6	32,6	30,7	26,6	35,0			
3 ou mais anos	595	11,7	8,5	16,1	9,8	7,5	12,7	11,7	7,8	17,2	8,5	5,3	13,3	9,0	6,4	12,6	10,9	8,3	14,2			
Não sabe/Não respondeu	78	0,9	0,3	2,6	1,6	0,8	3,1	2,2	0,5	8,7	0,9	0,3	2,6	2,1	0,9	4,6	1,9	0,6	5,2			
<b>Onde consultou</b>																						
Serviço Público	3.207	64,3	56,9	71,0	56,1	51,8	60,4	57,9	50,8	64,7	57,5	49,2	65,3	56,7	50,4	62,8	58,1	53,6	62,5			
Serviço Particular	1.898	19,7	19,7	33,6	28,9	25,6	32,6	34,3	25,9	43,7	30,4	23,9	37,7	33,9	27,8	40,5	32,5	27,3	38,2			
Plano de Saúde/Convênios	690	8,0	5,9	10,8	13,4	10,8	16,4	5,6	4,0	7,8	10,1	6,7	15,1	7,9	6,0	10,4	7,4	6,1	8,9			
Outros	80	1,3	0,6	2,7	1,0	0,5	2,1	0,3	0,1	0,6	1,4	0,4	5,2	1,1	0,3	3,3	0,6	0,4	1,0			
Não sabe/Não respondeu	39	0,4	0,1	1,3	0,5	0,2	1,2	1,9	0,4	9,3	0,6	0,1	2,8	0,5	0,1	1,8	1,4	0,3	5,7			
<b>Qual foi o motivo da última consulta</b>																						
Revisão e/ou prevenção	2.172	28,0	23,2	33,4	35,1	30,4	40,1	40,2	35,1	45,6	41,6	35,5	47,9	32,0	26,7	37,7	38,3	34,9	41,8			
Dor	748	17,9	13,7	23,1	10,0	7,4	13,4	14,3	10,3	19,5	13,1	9,5	17,8	16,3	13,5	19,6	14,1	11,4	17,3			
Extração	708	26,0	21,1	31,6	17,5	14,4	20,9	6,1	3,8	9,8	7,7	5,2	11,3	11,6	9,1	14,6	9,6	7,7	11,9			
Tratamento	2.082	26,1	21,0	31,9	33,4	28,8	38,3	33,4	27,7	39,6	34,5	28,8	40,7	36,8	31,2	42,8	33,1	29,5	37,0			
Outros	152	1,3	0,5	3,2	3,2	1,7	5,8	3,6	1,8	7,2	2,2	1,2	4,2	2,5	1,4	4,2	3,1	1,9	5,2			
Não sabe/Não respondeu	51	0,8	0,2	2,7	0,9	0,4	1,8	2,3	0,6	8,5	0,9	0,3	3,2	0,9	0,2	3,5	1,8	0,6	5,3			

Fonte: SB Brasil 2010 (Brasil, 2012).

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

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

Fonte: SB Brasil 2010 (Brasil, 2012).

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



	n	Região												Brasil					
		Norte			Nordeste			Sudeste			Sul			Centro-Oeste					
		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)	
	L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		
<b>Consulta ao dentista pelo menos uma vez na vida</b>																			
Não	688	14,5	7,7	25,6	8,8	6,3	12,1	6,7	4,5	10,1	3,9	2,3	6,6	9,7	3,7	23,2	7,1	5,4	9,3
Sim	9.005	84,1	73,1	91,2	90,7	87,3	93,2	91,9	87,8	94,6	95,4	92,4	97,2	90,3	76,8	96,3	91,7	89,2	93,7
Não sabe/Não respondeu	85	1,3	0,8	2,4	0,6	0,3	1,2	1,4	0,4	4,6	0,7	0,2	2,3	0,0	0,0	0,0	1,1	0,4	2,8
<b>Frequência da consulta</b>																			
Menos de 1 ano	4.543	44,2	38,3	50,2	51,0	47,2	54,7	46,5	42,3	50,9	59,2	54,4	63,9	46,4	42,5	50,3	49,1	46,3	51,9
1 a 2 anos	2.446	28,6	24,7	32,9	25,1	22,7	27,6	28,8	25,6	32,2	25,8	22,3	29,6	24,3	21,7	27,2	27,6	25,5	29,8
3 ou mais anos	1.914	25,3	21,3	29,8	22,8	20,1	25,6	24,3	20,5	28,6	14,7	12,0	17,8	27,1	23,5	31,1	22,7	20,2	25,3
Não sabe/Não respondeu	79	2,0	0,9	4,1	1,2	0,5	2,8	0,4	0,2	0,8	0,3	0,1	1,1	2,1	0,6	7,9	0,6	0,4	1,0
<b>Onde consultou</b>																			
Serviço Público	3.574	47,7	42,4	53,1	41,3	37,5	45,2	38,2	32,0	44,8	31,8	25,1	39,4	44,3	37,3	51,5	38,3	34,2	42,5
Serviço Particular	3.986	38,0	33,2	43,0	41,8	38,8	44,9	51,6	45,0	58,2	50,0	44,6	55,5	43,8	36,8	51,0	49,1	45,0	53,2
Plano de Saúde/Convênios	1.295	11,5	8,8	14,9	15,0	12,8	17,5	9,5	7,5	11,9	17,4	13,1	22,8	10,2	8,3	12,5	11,6	10,0	13,3
Outros	123	2,0	0,8	4,8	1,5	0,9	2,5	0,6	0,3	1,3	0,5	0,2	1,0	1,6	0,7	3,8	0,8	0,6	1,2
Não sabe/Não respondeu	26	0,7	0,2	2,4	0,4	0,1	1,6	0,1	0,0	0,5	0,3	0,1	1,1	0,1	0,0	0,7	0,2	0,1	0,4
<b>Qual foi o motivo da última consulta</b>																			
Revisão e/ou prevenção	1.961	18,0	14,4	22,3	20,2	17,5	23,1	19,7	17,0	22,7	31,2	25,8	37,2	15,5	12,8	18,7	21,4	19,4	23,6
Dor	1.298	16,2	13,7	19,1	12,2	10,3	14,4	17,3	14,4	20,7	12,4	10,2	14,9	16,4	14,1	19,0	15,8	13,9	17,9
Extração	1.628	25,1	21,0	29,7	24,8	22,1	27,7	13,4	10,3	17,2	12,7	9,5	16,7	18,7	15,9	21,9	15,3	13,2	17,7
Tratamento	3.874	38,3	34,1	42,6	40,4	37,0	43,9	46,8	42,9	50,7	41,0	36,4	45,7	45,7	41,9	49,6	44,6	42,0	47,2
Outros	209	1,9	0,9	4,0	1,6	1,1	2,4	2,8	1,7	4,6	2,7	1,5	4,8	3,2	2,0	5,1	2,6	1,9	3,7
Não sabe/Não respondeu	31	0,5	0,2	1,3	0,9	0,4	2,0	0,1	0,0	0,3	0,1	0,0	0,5	0,2	1,5	0,2	0,1	0,1	0,3

Fonte: SB Brasil 2010 (Brasil, 2012).

Tabela 4 - Uso de serviços odontológicos para indivíduos de 65 a 74 anos de idade por região do Brasil.

	n	Região												Brasil					
		Norte			Nordeste			Sudeste			Sul			Centro-Oeste					
		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)	
	L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.		
<b>Consulta ao dentista pelo menos uma vez na vida</b>																			
Não	1.058	28,5	16,8	44,1	16,5	11,1	23,9	14,1	8,9	21,6	9,1	5,1	15,7	22,0	14,3	32,3	14,7	11,0	19,5
Sim	6.423	68,0	52,5	80,3	81,3	74,1	86,9	85,2	77,4	90,6	89,1	82,5	93,3	76,6	66,6	84,3	84,0	79,1	88,0
Não sabe/Não respondeu	138	3,5	1,7	7,1	2,2	1,2	4,0	0,7	0,2	2,3	1,9	0,5	6,2	1,4	0,5	3,7	1,2	0,7	2,1
<b>Frequência da consulta</b>																			
Menos de 1 ano	2.041	22,0	16,8	28,4	32,2	28,8	35,9	31,0	25,3	37,2	30,4	24,8	36,7	26,4	21,8	31,6	30,4	26,6	34,4
1 a 2 anos	1.232	17,0	12,6	22,4	18,7	16,2	21,5	22,3	18,2	27,0	17,5	13,2	22,8	20,1	16,5	24,4	20,8	18,0	23,9
3 ou mais anos	2.778	52,7	46,8	58,5	43,9	39,5	48,4	39,7	35,0	44,7	46,7	40,5	53,0	47,5	41,2	53,9	42,3	39,0	45,7
Não sabe/Não respondeu	314	8,3	5,0	13,3	5,2	3,3	7,9	7,0	3,5	13,7	5,4	2,4	11,6	6,0	3,4	10,3	6,5	4,0	10,6
<b>Onde consultou</b>																			
Serviço Público	2.084	41,5	35,3	48,0	41,8	37,5	46,3	26,0	20,5	32,3	28,8	23,4	34,8	32,1	26,8	38,0	28,9	25,2	33,0
Serviço Particular	3.472	43,5	36,6	50,6	43,8	39,7	47,9	62,8	55,7	69,4	61,9	55,8	67,7	57,9	51,3	64,2	59,8	55,2	64,2
Plano de Saúde/Convênios	591	4,6	3,3	6,5	9,7	7,8	11,8	7,3	5,0	10,7	6,5	4,4	9,4	5,8	4,2	8,0	7,2	5,5	9,3
Outros	156	6,1	2,7	12,9	3,0	2,0	4,4	1,5	0,6	3,7	2,1	0,7	6,0	2,6	1,4	4,8	2,0	1,2	3,2
Não sabe/Não respondeu	105	4,3	1,0	17,3	1,8	1,1	2,8	2,4	1,2	4,6	0,7	0,2	2,0	1,6	0,6	3,7	2,1	1,2	3,5
<b>Qual foi o motivo da última consulta</b>																			
Revisão e/ou prevenção	782	7,0	3,3	14,3	10,4	8,5	12,7	14,1	10,2	19,3	13,0	9,7	17,1	5,7	3,9	8,3	12,8	10,1	16,1
Dor	512	7,7	5,6	10,6	8,2	6,1	11,0	8,2	5,7	11,6	9,2	6,5	12,9	9,5	6,7	13,2	8,4	6,6	10,6
Extração	2.005	46,2	39,3	53,3	40,4	37,1	43,8	24,0	17,6	31,9	22,9	18,4	28,1	35,9	28,4	44,1	26,9	22,6	31,8
Tratamento	2.262	24,9	18,3	33,0	30,1	26,8	33,5	38,2	30,1	47,0	38,3	31,3	45,9	36,5	31,3	42,0	36,8	31,4	42,5
Outros	764	13,9	8,9	21,0	9,1	7,0	11,7	13,9	9,1	20,7	15,5	9,1	25,1	11,3	7,9	15,9	13,6	10,1	18,0
Não sabe/Não respondeu	77	0,3	0,1	0,5	1,8	1,1	2,9	1,6	0,7	3,4	1,2	0,5	2,9	1,2	0,3	4,0	1,5	0,8	2,5

Fonte: SB Brasil 2010 (Brasil, 2012).

Considerando a relevância da intervenção profissional, a Portaria 1.101/2002 do Ministério da Saúde indica que sejam realizados de 0,5 a 2 atendimentos odontológicos por habitante/ano, contabilizando tanto a consulta inicial quanto os procedimentos básicos. Propõe-se, dessa forma, para o setor de saúde suplementar, o parâmetro mínimo estabelecido pela Portaria, visto que não há possibilidade de distinguir os beneficiários entrantes nas operadoras.

## Meta

O ideal é cada adulto faça uma consulta anual com dentista.

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

## Pontuação

Indicador	Pontuação
<b>Resultado</b>	<b>Valor de 0 a 1</b>
Resultado < 0,2	0
$0,2 \leq \text{Resultado} < 0,8$	$0 < v < 1$
Resultado $\geq 0,8$	1

$$V = (0,2 < \text{Resultado} < 0,8) / 0,60$$

## Fonte de Dados

**Numerador:** TISS 81000065 (Consulta odontológica inicial) e consultas com dentistas (TISS XXXX)

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

## Ações esperadas

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

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

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



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

### **Limitações e vieses**

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

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

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

### **Referências**

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 493/GM, de 13 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2006/portaria\\_493.pdf](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.

MANUATA

## 2.5 Dispersão da Rede Assistencial Odontológica (PESO 1)

### Conceito

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

### Método de Cálculo

$\frac{\text{Nº de municípios com disponibilidade de prestadores odontológicos no RPS, que tiveram pelo menos 1 atendimento no TISS}}{\text{Nº de municípios no CNES que apresentaram disponibilidade de cobertura assistencial odontológica na área de atuação dos produtos}} \times 100$
--

### 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 prestadores odontológicos no RPS, que tiveram pelo menos 1 atendimento no TISS**

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 com pelo menos uma utilização identificada no TISS. 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 no CNES que apresentaram disponibilidade de cobertura assistencial odontológica na área de atuação dos produtos**

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

## Critérios de Exclusão

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

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

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

\*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 e uso 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 e efetiva utilização.

### **Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações**

O parâmetro é ter disponibilidade real de prestadores odontológicos em 90% dos municípios indicados como área de atuação dos produtos. Para averiguar a disponibilidade real considera-se a efetiva utilização no TISS. Como há produtos com cobertura nacional, mas cuja utilização dos beneficiários está concentrada próxima aos municípios de residência, a efetiva utilização da rede observada no TISS pode não abranger 100% dos municípios indicados como área de atuação



dos produtos (como por exemplo em planos com cobertura nacional). Por este motivo, o parâmetro para real utilização será de 90%.

## Meta

Apresentar prestadores odontológicos em 90% dos municípios com previsão de cobertura assistencial odontológica.

## Pontuação

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Resultado</b>	<b>Valor de 0 a 1</b>
Resultado = 0%	0
$0\% < \text{Resultado} < 90\%$	$0 < V < 0,9$
Resultado $\geq 90\%$	1

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

## Fonte

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

ANS/Sistema TISS

MS/DATASUS/CNES

## Ações esperadas

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.

Problemas referentes à qualidade de preenchimento do TISS.

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**

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

.....Instrução Normativa (IN) DIPRO nº 23, de 1º de dezembro de 2009, alterada pela IN DIPRO nº 28, de 29 de julho de 2010.

## 2.6 Frequência de Utilização de Rede de Hospitais, SADT e Consultórios com Atributo de Qualidade (PESO 1)

### Conceito

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

Serão considerados para cálculo deste indicador os seguintes atributos de qualidade que estiverem disponíveis na data de apuração do IDSS para o ano-base avaliado, de acordo com a rede:

Quadro 1:

Rede	Atributo de Qualidade	Ícone	Legenda
Hospitais	Acreditação	<b>A</b>	Programa de Acreditação
	PM-QUALISS	<b>Q</b>	Qualidade Monitorada
SADT	Acreditação	<b>A</b>	Programa de Acreditação
	PM-QUALISS	<b>Q</b>	Qualidade Monitorada
Consultórios	Título do Profissional	<b>D</b>	Doutorado/Pós-doutorado
		<b>M</b>	Mestrado
		<b>R</b>	Residência
		<b>E</b>	Título de Especialista

## Método de Cálculo

Total de Utilização de rede de Hospitais, SADT e Consultórios com atributo de qualidade
Total de Utilização de rede de Hospitais, SADT e Consultórios

Ou seja,

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

Onde,

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

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

Sendo:

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

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

UT= Total de Utilização de rede com atributo de qualidade

URQ= Utilização de rede qualificada

UNQ= Utilização não qualificada

PNQ = Prestador não qualificado

## Fontes de dados

### Numerador

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

### Denominador

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

### Interpretação do Indicador

Permite avaliar frequência com que os beneficiários são atendidos em hospitais, serviços de SADT e consultórios que possuem pelo menos 1 (um) atributo de qualidade na rede assistencial do seu plano de assistência médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica. Com esta informação é possível inferir uma medida do grau de qualidade da assistência oferecida aos beneficiários.

### Usos

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

### Meta

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

### Pontuação

Indicador	Pontuação
<b>Resultado</b>	<b>Valor de 0 a 1</b>
Resultado $\leq 20\%$ Mediana	0
$20\% \text{Mediana} < \text{Resultado} < 80\% \text{Mediana}$	$0 < v < 1$
Resultado $\geq 80\%$ Mediana	1

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

## **Ações esperadas para causar impacto positivo no indicador**

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

## **Limitações e Vieses**

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

Dificuldade de atualização dos atributos de qualidade;  
Desatualização da rede prestadora no RPS, podendo gerar inconsistências entre a rede informada à ANS e a efetivamente oferecida aos beneficiários.

## **Referências**

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Resolução Normativa - RN nº 405, de 10 de maio de 2016, e seus anexos.

.....Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

.....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 INDICADORES DA DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE NO MERCADO – IDSM**

#### **3.1 Recursos Próprios (PESO 3)**

##### **Conceito**

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

##### **Método de Cálculo**

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

##### **Definição de termos utilizados no Indicador**

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

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

##### **Interpretação do Indicador**

Este indicador propõe refletir a capacidade da operadora em honrar seus compromissos no longo prazo a partir do patrimônio constante das informações financeiras periódicas enviadas à ANS.

Para apuração do indicador é realizada a comparação do Patrimônio, ajustado por efeitos econômicos previstos na regulamentação vigente, com o maior valor entre o Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA) e a exigência integral de Margem de Solvência (MS).



Para os ajustes por efeitos econômicos e a exigência de MS, foram desconsiderados os escalonamentos possibilitados, respectivamente, na Instrução Normativa – IN nº 50, de 2012, da DIOPE, e na Resolução Normativa – RN nº 209, de 2009. Tais escalonamentos visam adequação transitória de operadoras à exigência integral.

Também serão considerados, para fins de apuração do Patrimônio, os valores adicionais resultantes da diferença entre a exigência mínima de provisões técnicas, prevista na regulamentação vigente, e os valores efetivamente contabilizados pelas operadoras.

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

### Usos

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

### Meta

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

### Pontuação

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Resultado</b>	<b>Valor de 0 a 1</b>
Operadoras irregulares com exigência de PMA/MS *	0
IRP < 95%	IRP
95% ≤ IRP < 100%	0,95
100 ≤ IRP < 200%	0,98
200 ≤ IRP < 300%	0,99
IRP ≥ 300%	1

Onde:

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

### **Fonte de dados**

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

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

### **Ações esperadas**

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

### **Limitações e Vieses**

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

### **Referências**

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Resolução Normativa - RN Nº 209, de 22 de dezembro de 2009

.....Instrução Normativa DIOPE – IN n.º 50, de 23 de novembro de 2012

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

#### Conceito

É uma taxa que permite avaliar a efetividade dos esforços de mediação ativa de conflitos, através da comunicação preliminar da ANS com as operadoras para a resolução de demandas de reclamação objeto de NIP assistencial e não assistencial, com data de atendimento no ano base, antes da instauração do processo administrativo.

#### Método de Cálculo

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

#### Definição de termos utilizados no Indicador

- **NIP assistencial:** a notificação que terá como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial.
- **NIP não assistencial:** a notificação que terá como referência outros temas que não a cobertura assistencial, desde que o beneficiário seja diretamente afetado pela conduta e a situação seja passível de intermediação.
- Demandas Classificadas: são as que receberam a devida classificação e não estão mais em andamento no dispositivo NIP, as classificações NIP, utilizadas no cálculo da taxa de resolutividade são:
  - **Núcleo:** Demandas encaminhadas para abertura de processo administrativo sancionador.
  - **RVE:** Reparação Voluntária e Eficaz: Quando da adoção pela operadora de planos privados de assistência à saúde de medidas necessárias para a solução da demanda, resultando na reparação

dos prejuízos ou danos eventualmente causados e no cumprimento útil da obrigação, desde que observados os prazos definidos no art. 8º da RN nº 343 de 17/12/2013.

- **INATIVA** - Resolvida ou sem resposta do consumidor no prazo de 10 dias.\*
- **NP** – Demandas não procedentes.

### Interpretação do indicador

O presente indicador mede a capacidade de resolução das demandas assistenciais objetos de NIP, sem a necessidade de abertura de processo administrativo.

### Usos

- Diminuição do número de procedimentos administrativos;
- Solução imediata do conflito entre operadora e beneficiários;
- Garantia da cobertura assistencial e garantia dos outros direitos do beneficiário;
- Correção de condutas infrativas por parte da operadora.

### Meta

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

### Pontuação

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Resultado</b>	<b>Valor de 0 a 1</b>
TR < 70%	0
70% ≤ TR < 75%	0,2
75% ≤ TR < 80%	0,4
80% ≤ TR < 85%	0,6
85 ≤ TR < 90%	0,8
TR ≥ 90,0 %	1

### Fontes de Dados

- SIF - Sistema Integrado de Fiscalização.

### **Ação esperada para causar impacto positivo no índice**

Aprimoramento das ações orientadoras e sancionadoras da ANS sobre as operadoras com baixa taxa de resolutividade.

### **Limitações e Vieses**

O indicador avalia somente as demandas que foram classificadas até a data do cálculo, não incluindo as que ainda se encontrarem em andamento.

### **Nota**

\* As demandas Inativas são sujeitas a auditoria interna trimestral, por meio de amostra probabilística, para verificação da ausência de resposta ao formulário do consumidor.

### **Referências**

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Resolução Normativa nº 388, de 25 de novembro de 2015.

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

#### Conceito

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

#### Método de cálculo

Total de Demandas NIP Classificadas: (RVE, INATIVA, NÚCLEO e NP)	x 10.000
Média do número de beneficiários dos doze meses do ano base	

#### Definição dos termos utilizados no cálculo

- **Demandas Classificadas:** são as que receberam a devida classificação e não estão mais em andamento no dispositivo NIP, as classificações NIP, utilizadas no cálculo do Índice Geral de Reclamação são:
  - **Núcleo:** Demandas encaminhadas para abertura de processo administrativo sancionador.
  - **RVE** - Reparação Voluntária e Eficaz: Quando da adoção pela operadora de planos privados de assistência à saúde de medidas necessárias para a solução da demanda, resultando na reparação dos prejuízos ou danos eventualmente causados e no cumprimento útil da obrigação, desde que observados os prazos definidos no art. 8º da RN nº 343 de 17/12/2013.
  - **INATIVA** - Resolvida ou sem resposta do consumidor no prazo de 10 dias\*.
  - **NP** – Demandas não procedentes.

- **Média do número de beneficiários:** calculado utilizando as datas de contratação e cancelamento (rescisão do contrato) do plano de saúde atual do beneficiário, informadas ao Sistema de Informações de Beneficiários (SIB). Este procedimento garante que todo beneficiário será computado, independentemente do momento em que a operadora envia o cadastro à ANS. Por outro lado, faz com que a informação seja permanentemente atualizada, tornando-a sempre provisória.

### **Interpretações do indicador**

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

### **Usos**

- Diminuição do número de reclamações registradas em face das operadoras junto à ANS;
- Garantia da cobertura assistencial e garantia dos outros direitos do beneficiário;
- Correção de condutas infrativas por parte da operadora;
- Estímulo às Operadoras para uma melhor atuação no mercado e a investirem na melhoria do relacionamento com os beneficiários e equacionamento de eventuais problemas ou dúvidas, via centrais de atendimento e ouvidorias.

### **Meta**

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

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

### **Pontuação**



<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Resultado</b>	<b>Valor de 0 a 1</b>
IGR > Meta	$1/\exp(\text{IGR}-\text{Meta})$
IGR $\leq$ Meta	1

### **Fonte de dados**

SIF - Sistema Integrado de Fiscalização.

SIB – Sistema de Informações de Beneficiários.

### **Ações esperadas**

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

### **Limitações e vieses**

- O indicador avalia somente as demandas que foram classificadas até a data do cálculo, não incluindo as que ainda se encontrarem em andamento.
- O indicador não avalia as Administradoras de Benefícios.

### **Nota**

\* As demandas Inativas são sujeitas a auditoria interna trimestral, por meio de amostra probabilística, para verificação da ausência de resposta ao formulário do consumidor.

### **Referências**

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Resolução Normativa nº 388, de 25 de novembro de 2015.

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

#### Conceito

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

#### Método de cálculo

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

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

Total de NTRP's associadas a planos ativos em comercialização da Operadora
--

#### Definição dos termos utilizados no cálculo

##### Numerador:

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

Este limite será calculado pela média do prêmio puro (coluna K) dos trinta grupos formados pela combinação dos 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.

## **Interpretações do indicador**

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

Não existe limite máximo para a definição do 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.

### **Usos**

Avaliar a prática de dumping no mercado

### **Parâmetros, dados estatísticos e recomendações**

A análise do VCM é feita dentro de cada um dos trinta grupos formados pela combinação dos 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, são excluídos do cálculo da média do prêmio puro (coluna K) os valores considerados discrepantes ("outliers"), utilizando-se como critério o boxplot 1,5, ou seja, valores inferiores ou superiores ao intervalo interquartil de 1,5.

### **Meta**

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

## Pontuação

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

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

### Fonte de dados

ANS – Nota Técnica de Registro de Produtos (NTRP)

ANS – RPS

### Ações esperadas

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

### Limitações e vieses

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

### Referências

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 28, de 26 de junho de 2000.

.....Resolução normativa (RN) nº 100, de 3 de junho de 2005.

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

#### **Conceito**

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

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

#### **Método de cálculo**

- a) Para as Operadoras que realizarem e divulgarem a pesquisa, conforme os critérios definidos e divulgados pela ANS, até o final do ano base:

$$(PONTUAÇÃO\ BASE + IDSM) \leq 1$$

Onde:

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

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

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

Onde:

n = quantidade de índices na dimensão

ID<sub>i</sub> = Índice de Desempenho do Indicador i=1, 2, 3... n

P<sub>i</sub> = Peso do Indicador i

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

- b) Para as Operadoras que não realizarem ou não divulgarem a pesquisa até o final do ano base:

**IDS**M = Média ponderada dos índices de desempenho dos indicadores da dimensão.

### **Interpretação do Indicador**

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

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

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

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

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

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

## **Usos**

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

## **Parâmetros, dados estatísticos e recomendações**

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

A padronização dos resultados tem por objetivo facilitar a análise e a comparação da performance obtidas por diferentes operadoras.

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

## **Meta**

Realizar a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários e encaminhar o link da divulgação dos resultados até 30 de abril de cada ano subsequente ao ano de avaliação, para fazer jus à pontuação relativa à realização de pesquisa de satisfação do beneficiário no IDSS do ano-base correspondente.

A realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários será facultativa. As Operadoras que optarem por realizá-la deverão seguir os requisitos mínimos e



diretrizes estabelecidos no documento técnico específico divulgado no portal eletrônico da ANS.

### **Fonte de dados**

- Comunicado encaminhado pelas Operadoras à ANS
- Portal das Operadoras

### **Ações esperadas**

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

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

### **Limitações e vieses**

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

## Referências

- Pesquisa de satisfação de clientes: o estado-da-arte e proposição de um método brasileiro => Carlos Alberto Vargas Rossi e Luiz Antonio Slongo (1998) – disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-65551998000100007>>;
- ABEP - Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa - Diretrizes Esomar Pesquisa de Opinião – disponível no site da ABEP;
- .....Código Internacional para a prática de Pesquisa de Publicação de Resultados de Pesquisa de Opinião. – disponível em <http://www.abep.org/new/Default.aspx>;
- .....Guia de boas práticas de incentivo aos respondentes de pesquisa de mercado e opinião – ABEP
- .....CÓDIGO INTERNACIONAL ICC/ESOMAR (Jan/2008) EM PESQUISA DE MERCADO E PESQUISA SOCIAL

### **3.6 Livre Movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários (Bônus 10%)**

#### **Conceito**

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

#### **Método de Cálculo**

##### **Resultado do IDSM + (IDSM\*0,10)**

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

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

#### **Interpretação da Pontuação Bônus**

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

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

## **Usos**

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

Para que a autorização prévia seja concedida pela ANS, a Operadora deverá preencher uma série de requisitos tais quais: (1) abstenção de aplicação em fundos de investimentos dedicado ao setor de saúde suplementar; (2) atendimento a padrões de transparência e divulgação de práticas de governança corporativa; (3) não ter se encontrado em regime especial nos 12 (doze) meses anteriores ao requerimento; (4) não ter apresentado insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde.

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

## **Referências**

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Instrução Normativa DIOPE nº 54 de 10/04/2017.

## 4 INDICADORES DE GESTÃO DE PROCESSOS E REGULAÇÃO – IDGR

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

#### Conceito

É uma medida da qualidade dos dados cadastrais de beneficiários de uma Operadora, relativa aos campos de identificação do beneficiário e de identificação do plano ao qual está vinculado, conforme seu cadastro no Sistema de Informações de Beneficiários.

#### Método de Cálculo

Número de Beneficiários ativos no cadastro de beneficiários da operadora na ANS “validados”, com planos identificados e com CNS válido	X100
Total de beneficiários ativos da Operadora no Sistema de Informações de Beneficiários	

#### Definição de termos utilizados no indicador:

##### Beneficiário de plano privado de assistência à saúde

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

##### Beneficiário dependente

É o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de dependência ou de agregado a um beneficiário titular. OS Beneficiários dependentes menores ativos no cadastro de beneficiários da operadora na ANS devem ser “identificados”, com planos identificados e com CNS válido

## **Beneficiários ativos da operadora no Cadastro de Beneficiários na ANS**

Todos os beneficiários da operadora existentes no Cadastro de Beneficiários na ANS cujo contrato do respectivo plano está em vigor.

### **Beneficiário ativo (Titulares e Dependentes, maiores e menores) validado**

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

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

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

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

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

### **Planos identificados**

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

### **CNS válido**

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

### **Interpretação do indicador**

Avalia a qualidade do preenchimento dos campos identificadores do beneficiário e do plano ao qual o beneficiário está vinculado. Quanto maior o valor do indicador, maior a qualidade dos dados da operadora no Cadastro de Beneficiários na ANS, tanto em relação aos dados de beneficiários como aos dados de planos, possibilitando identificar indivíduos e respectivas coberturas.

### **Usos**

Avaliar e acompanhar a qualidade dos dados da operadora no Cadastro de Beneficiários na ANS em relação a identificação de beneficiários e de planos.

Incentivar a operadora a aprimorar a qualidade dos seus dados no Cadastro de Beneficiários na ANS.

### **Meta**

100% de qualidade do preenchimento dos campos identificadores do beneficiário e do plano ao qual o beneficiário está vinculado.

### **Pontuação**



<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Resultado</b>	<b>Valor de 0 a 1</b>
Resultado $\leq$ 20%	0
20% < Resultado < 95%	0,2 < V < 1
Resultado $\geq$ 95%	1

V = Resultado/100

### **Bônus na pontuação**

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

### **Fonte de Dados**

SIB/ANS/MS – Sistema de Informações de Beneficiários;

RPS/ANS/MS – Registro de Planos de Saúde e SCPA/ANS/MS – Sistema de Cadastro de Planos Antigos.

### **Ações esperadas para causar impacto positivo no indicador**

Aprimoramento das ações orientadoras e sancionadoras da ANS sobre as operadoras com baixa qualidade cadastral; ação da operadora junto aos seus beneficiários para apuração das Informações não disponíveis ou inadequadamente informadas.

### **Limitações e vieses do indicador**

Reflete a qualidade do preenchimento dos campos identificadores do beneficiário e do plano, não refletindo, porém, a qualidade dos demais atributos constantes no Cadastro de Beneficiários na ANS.

### **Dados Inconsistentes**

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

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

### **Cálculo dos dados**

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

### **Referências**

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

.....Instrução Normativa (IN) nº 46 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial.

MANUATA

## 4.2 Taxa de utilização do SUS (PESO 1)

### Conceito

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

### Método de Cálculo

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

$$\text{Taxa\_Op} = \frac{\text{NUT}}{\text{Med\_Ben}}$$

### Definições de Termos Utilizados no Indicador

**Numerador (NUT):** Total de eventos de utilização da rede do SUS por beneficiários da operadora de saúde suplementar, tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento.

**Denominador (Med\_Ben):** Média anual de beneficiários da operadora.

**Histórico de Ressarcimento :a estimativa baseada no histórico do ressarcimento ao SUS da operadora representa,** após a identificação das utilizações por beneficiários de operadoras no SUS, podem ocorrer situações em que o procedimento era “não devido”. O resultado desta situação somente será conhecido no decorrer dos anos seguintes, após a análise final dos recursos administrativos gerados eventualmente pelas operadoras. Por este motivo, estima-se o resultado dos recursos que encontram-se em análise, com base no histórico de cada operadora, aproveitando os resultados reais do que já foi decidido. A estimativa do que será deferido/indeferido se dá da seguinte forma: Número Total de Eventos Estimados (por operadora) = número de eventos pagos (sem recurso) + estimativa do que será julgado passível de cobrança em 1ª

instância + pago/não questionado após resultado de primeira instância + estimativa do que será julgado passível de cobrança em 2ª instância + pago/não questionado após resultado de segunda instância

**Taxa\_Op:** É a taxa de utilização do SUS, baseada no número de eventos de utilização da rede pública de saúde por beneficiários identificados de operadoras de saúde suplementar com ponderação pelo número de beneficiários da respectiva operadora.

### **Usos do Indicador**

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

### **Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações**

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

### **Classificação**

As operadoras serão classificadas nas faixas por meio de percentis (Pa), calculados a partir das taxas obtidas de todas as operadoras no período analisado, sendo a primeira faixa a de maior utilização do SUS (P97,5) e a última faixa a de menor utilização do SUS (P80). A pontuação será atribuída conforme mostrado no item a seguir:

### **Meta**

Permanência da operadora na faixa correspondente ao P80.

## Pontuação

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Resultado</b>	<b>Valor de 0 a 1</b>
Resultado > P97,5	0
P80 < Resultado ≤ P97,5	0 < v < 1
Resultado ≤ P80	1

$$V = (P80 < \text{Resultado} < P97,5) / (P97,5 - P80)$$

$$\text{Taxa\_Op} = \frac{\text{NUT}}{\text{Med\_Ben}}$$

### Fonte de Dados

MS/DATASUS

ANS – Sistema de Informações de Beneficiários – SIB

ANS - Sistema Geral do Ressarcimento - SGR

ANS - Sistema de Controle de Impugnações - SCI

### Limitações e Vieses

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

### Referências

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Resolução Normativa (RN) nº 358 de 01 de dezembro de 2014.

..... Resolução Normativa (RN) nº 377 de 11 de maio de 2015.

..... Instrução Normativa (IN) / DIDES nº 54 de 01 de dezembro de 2014.

MANVUTA



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

#### Conceito

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

#### Método de cálculo

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

#### Definição de termos utilizados no indicador

**Total do valor informado em Reais dos eventos de atenção à saúde –** corresponde ao somatório do conteúdo do campo “Valor informado da guia” de cada guia enviada pela operadora e incorporada ao banco de dados da ANS no período selecionado, conforme estabelecido no Padrão TISS.

**Total do valor em Reais da despesa assistencial –** corresponde ao valor total dos EVENTOS/ SINISTROS CONHECIDOS OU AVISADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE informado no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS, exceto as despesas com o Sistema Único de Saúde – SUS e Recuperações As contas consideradas para comparação com os valores informados no TISS são: 411111011; 411111012; 411111021; 411111022; 411111031; 411111032; 411111041; 411111042; 411111051; 411111052; 411111061; 411111062; 411112011; 411112012; 411112021; 411112022; 411112031; 411112032; 411112041; 411112042; 411112051; 411112052; 411112061; 411112062.

### **Interpretação do indicador**

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

### **Usos**

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

### **Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações**

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

### **Meta**

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

### **Pontuação**

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

V = Resultado da Fórmula

**Fonte de dados**

**Numerador:** ANS/Sistema TISS.

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

**Ações esperadas**

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

**Limitações e vieses**

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

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

**Referências**

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Plano de Contas Padrão ANS :Resolução Normativa nº 390 de 27 de fevereiro de 2012

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

##### Conceito

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

##### Método de cálculo

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

##### Definição de termos utilizados no indicador

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

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

**Número de prestadores com procedimentos/itens assistenciais glosados**

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

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

**Interpretação do indicador**

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

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

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

### Uso

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

### Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

### Meta

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

### Pontuação

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

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Resultado</b>	<b>Valor de 0 a 1</b>
Resultado > P85	0
Resultado > 0 ou Resultado ≤ P85	$0 < v < 1$
Resultado = 0	1

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

### Fonte de dados

**Numerador:** ANS/Sistema TISS.

**Denominador:** ANS/Sistema TISS.

### **Ações esperadas**

- Monitoramento pelas operadoras da proporção de glosas aplicadas e respectivos motivos.
- Orientação aos prestadores quanto aos principais motivos de glosas identificados.

### **Limitações e vieses**

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

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



#### 4.5 Proporção de Diagnósticos inespecíficos nos eventos de internação das Guias TISS (BÔNUS 10%)

##### Conceito

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

##### Método de cálculo

Número de CID inespecíficos nos eventos de internação	X 100
Número total de eventos de internação com CID	

##### Definição de termos utilizados no indicador

**Número de CID inespecíficos nos eventos de internação** –corresponde à quantidade de eventos de internação que foram enviados à ANS e, incorporados ao seu banco de dados, com o Código Internacional de Doenças – CID informado no campo diagnóstico principal que não esclarece o motivo da internação (Ex: alguns CIDs selecionados nas categorias Z, U e Y da CID-10, excepcionados alguns códigos que são específicos).

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

##### Interpretação do indicador

Permite medir a qualidade do diagnóstico principal informado pelos prestadores de serviço às operadoras nos eventos de internação. Quanto mais próximo de 1



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

### **Usos**

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

### **Meta**

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

### **Pontuação**

Resultado: número resultante do cálculo.

As operadoras que ficarem com resultado menor ou igual a 30%, receberão um bônus de 10% sobre a pontuação da dimensão de Gestão e Regulação (IDGR)

### **Resultado do IDGR + (IDGR\*0,10)**

O cálculo desse indicador não se aplica quando:

- A operadora processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no período analisado.
- A operadora não recebeu nenhuma cobrança de evento de internação no período analisado.

O resultado será igual a zero quando não houver nenhum lançamento incorporado no banco e não houver envio de arquivos sem movimento em todos os meses do período analisado.

### **Fonte de dados**

ANS/Sistema TISS.

### **Ações esperadas**

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

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

**Limitações e vieses**

- Este indicador não atingirá as operadoras que não possuem eventos de internação médico-hospitalar em seus produtos comercializados no mercado (operadoras que só comercializam planos ambulatoriais e operadoras exclusivamente odontológicas)

**Referências**

CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – Versão 10

MANUTENÇÃO