

Ficha Técnica

INDICADORES DO PROGRAMA DE

QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS

2023 (ANO-BASE 2022)

Gerência de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial

GEEIQ/DIDES/ANS

ANEXO II**FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO
DE OPERADORAS 2023
ANO-BASE 2022****SUMÁRIO**

Programa de Operadora Acreditada (PONTUAÇÃO BASE DE 0,30 A 0,15)	5
1. INDICADORES DA DIMENSÃO QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE –IDQS 10	
1.1. Proporção de Parto Cesáreo (PESO 3).....	10
1.2. Taxa de Consultas de Pré-Natal (PESO 2).....	25
1.3 Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos (PESO 2)	42
1.4 Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 Anos (PESO 2).....	55
1.5 Taxa de Citopatologia Cérvico - Vaginal Oncótica (PESO 2)	66
1.6 Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada (PESO 3)	82
1.7 Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Cárie (PESO 2)	95
1.8 Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Periodontia (PESO 2)	108
1.9 Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos - (PESO 3)	121
1.10 Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (PONTUAÇÃO BASE de 0,10).....	134

1.11 Participação em Programas de Indução de Melhoria da Qualidade (PONTUAÇÃO BASE de até 0,30)	138
1.12 Participação no Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor (PONTUAÇÃO BASE de 0,10).....	147
2 INDICADORES DA DIMENSÃO GARANTIA DE ACESSO – IDGA	156
2.1 Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário (PESO 1)..	156
2.2 Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos (PESO 2)	173
2.3 Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência Horas (PESO 1)	185
2.4 Taxa de Primeira Consulta ao Dentista no ano por Beneficiário (PESO 1) ..	202
2.5 Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica (PESO 1)	217
2.6 Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Acreditação (PESO 1) .	232
2.7 Frequência de Utilização de Rede de SADT com Acreditação (PESO 1) .	241
2.8 Índice de efetiva comercialização de planos individuais (BÔNUS até 10%)	249
3 INDICADORES DA DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE NO MERCADO – IDSM. 257	
3.1 Índice de Capital Regulatório (ICR) (PESO 3)	257
3.2 Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar (PESO 2)	263
3.3 Índice Geral de Reclamação Anual (IGR Anual) – (PESO 1).....	269

3.4 Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos – (PESO 1)	276
3.5 Pesquisa de Satisfação de Beneficiário (PONTUAÇÃO BASE 0,25).....	282
3.6 Índice de Reajuste Médio Ponderado aplicado aos Planos Coletivos (PESO 0)	289
4 INDICADORES DE GESTÃO DE PROCESSOS E REGULAÇÃO – IDGR	296
4.1 Índice composto de Qualidade Cadastral (SIB) (PESO 2).....	296
4.2 Taxa de utilização do SUS (PESO 1).....	304
4.3 Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS/DIOPS) (PESO 2)	315
4.4 Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde (PESO 1)	324
4.5 Proporção de Diagnósticos Inespecíficos nos Eventos de Internação Preenchidos nas Guias TISS (BÔNUS 10%)	334

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

Nomenclatura Simplificada

Selo de Qualidade

Conceito

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

Método de cálculo

$$(\text{PONTUAÇÃO BASE} + \text{IDSS}) \leq 1$$

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

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

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

Para ser elegível a esta pontuação, a Operadora deve ter certificado emitido por entidade acreditadora, e a acreditação deve estar vigente por pelo menos 180 dias no ano-base avaliado, caso tenha sido realizada de acordo com os critérios estabelecidos pela RN 277/2011. Caso a acreditação tenha adotado os critérios estabelecidos pela RN 452/2020 (atual RN 507/2022), o certificado deve ter sido emitido com data de início de vigência até o último dia do ano-base analisado.

Operadoras que tiveram interrupção no período de acreditação no ano-base terão os dias somados para fins de apuração da vigência total, e receberão pontuação equivalente ao Nível em que ficaram mais tempo acreditadas. Casos os períodos sejam iguais, será adotado, para fins de pontuação, o último Nível vigente.

A pontuação correspondente ao Nível de Acreditação obtido pela operadora será representada na escala de zero a um de nota do indicador, conforme tabela a seguir. A escala é apenas ilustrativa. O cálculo da pontuação base incidirá de acordo com o resultado obtido no indicador, diretamente no IDSS.

Resultado do Indicador	Nota na escala de faixa entre 0 (zero) e 1 (um)
Nível I: 0,30 no IDSS	1,0000
Nível II: 0,23 no IDSS	0,7666
Nível III: 0,15 no IDSS	0,5000
Operadora Não Acreditada	Operadora não pontuada

Definição de termos utilizados no Indicador

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

Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde: Processo voluntário de avaliação da adequação e eficiência dos serviços disponibilizados pelas operadoras, realizado por entidades

acreditadoras de acordo com os requisitos estabelecidos pela norma do Programa de Acreditação Operadoras da ANS.

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

Meta

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

Interpretação

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

Usos

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

Fonte de dados

- Portal da ANS – Página do Programa de Acreditação de Operadoras

Limitação e vieses

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias

operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Ações esperadas

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

Referências

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

BRASIL/ANS. Resolução Normativa - RN nº 452, de 9 de março de 2020, que dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Altera a Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a Aplicação de Penalidades para as Infrações à Legislação de Planos Privados de Assistência à Saúde.

BRASIL/ANS. Resolução Normativa - RN nº 471, de 29 de setembro de 2021, que altera a Resolução Normativa - RN nº 452, de 9 de março de 2020, a qual dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e altera a Resolução Normativa 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a Aplicação de Penalidades para as Infrações à Legislação de Planos Privados de Assistência à Saúde.

BRASIL/ANS. Resolução Normativa - RN nº 507, de 30 de março de 2022, a qual dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e revoga a Resolução Normativa - RN nº 452, de 9 de março de 2020 e a Resolução Normativa - RN nº 471, de 29 de setembro de 2021.

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

1.1. Proporção de Parto Cesáreo (PESO 3)

Nomenclatura Simplificada

Estímulo ao Parto Normal

Conceito

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

Método de Cálculo

Número de partos cesáreos em beneficiárias	
Total de partos (normais + cesáreos + múltiplos) em beneficiárias de planos que contenham a segmentação hospitalar com obstetrícia	x 100

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

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

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

Definição de termos utilizados no Indicador

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

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

Parto múltiplo - Procedimento no qual nascem dois ou mais conceptos, independente da via de nascimento ser vaginal ou abdominal, frutos da mesma gravidez. Será dito duplo, triplo, quádruplo etc., conforme o número de conceptos.

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, sem indicação clínica, pode refletir um acompanhamento pré-natal inadequado e/ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal, submetendo a mulher e o bebê a riscos desnecessários.

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 52,7% de cesarianas no ano de 2020, destaca-se elevados índices de morte materna incompatíveis com o nível de desenvolvimento do País. Apesar de o parto e nascimento ser um evento da vida da mulher e um ato da sua fisiologia, no Brasil a maioria das mulheres têm seus filhos por meio de uma cirurgia, a cesariana (Brasil, 2022).

As taxas de cesariana são altas e ascendentes em todo território nacional, em todas as faixas de idade, incluindo as adolescentes.

A OMS declara que, em nível populacional, taxas de cesariana acima de 10% não estão relacionadas com redução da morbimortalidade materna e neonatal (OMS, 2015). Ainda segundo a OMS (2015), embora a cesariana possa ser uma cirurgia essencial e que salva vidas quando bem indicada, pode colocar mulheres e bebês em risco desnecessário em curto e longo prazo, se realizada quando não há uma indicação médica.

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; ESTEVES-PEREIRA et al, 2016; LEAL et al, 2017).

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

No Brasil, conforme tabela I a seguir, são cerca de 2,7 milhões de nascimentos no ano de 2020, 57,2% via cesariana (BRASIL - SINASC, 2022). Dos nascimentos brasileiros, cerca de 11% ocorrem na Saúde Suplementar. Em 2020, foram 307.111 partos realizados no setor, dos quais 84,0% por cirurgia cesariana (BRASIL - MS/ANS, 2022), 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: 2020		
Tipo de parto	Nascim_p/resid.mãe	
Vaginal	1.165.641	42,7%
Cesáreo	1.562.282	57,2%
Ignorado	2.222	0,1%
Total	2.730.145	100%

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

A tabela II a seguir demonstra que, no Brasil, as taxas de cesarianas, 57,2%, já superam, em muito, o preconizado pela OMS. Entretanto, entre as usuárias de

planos de saúde, o percentual é de 84,0%. Mesmo em países nos quais as taxas de cesarianas já são consideradas altas como os EUA, apresentaram em 2018 a taxa de 31,9% (BETRAN et al, 2021). As taxas de cesariana, na saúde suplementar brasileira, são muito superiores.

Tabela II

Comparação % cesarianas Brasil e Saúde Suplementar – 2020		
Setor	Número de nascidos vivos	% de partos cesarianos
Brasil	2.730.145	57,2%
Saúde Suplementar	307.111	84,0%

Fonte: MS/SVS/DAENT - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC -IDSS/TISS/ANS

Comparada às taxas mundiais, observa-se que os valores do setor suplementar são os mais elevados. A média do percentual de cesáreas no mundo, em 2018, foi de 21,1% do total de partos (BETRAN et al, 2021). Entre os países Europeus, o percentual médio de partos cesáreos foi de aproximadamente 28% dos partos, em 2018. As taxas de cesariana nos países nórdicos (Islândia, Finlândia, Suécia e Noruega) e Israel e Holanda, variou de 15% a 17% no mesmo período. Na América do Sul e Caribe a média de partos cesáreos foi de 42,8% (BETRAN et al, 2021).

Diante das dificuldades de reversão do modelo de atenção obstétrico, que é influenciado por diversos fatores, tais como: fatores culturais, organização da rede de atenção, política de remuneração, etc, propõe-se uma meta de redução das atuais taxas para 45%, ainda um patamar relativamente alto, mas muito inferior às taxas praticadas atualmente pelo setor ou uma redução gradual anual entre 5 a 10% das taxas de cesarianas compradas ao ano anterior.

Meta

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

Pontuação

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

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

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

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

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

Fonte de dados

TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)

Observação: Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade

aos dados. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).

Numerador: Códigos TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), nos eventos de internação: 31309054 (Cesariana)+ 31309208(Cesariana com histerectomia)

Denominador: Códigos TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), nos eventos de internação: 31309127 (Parto via vaginal) + 31309054 (Cesariana)+ 31309208 (Cesariana com histerectomia) + 31309135 (Parto múltiplo)

Conforme disposto no Componente Organizacional do Padrão TISS, os eventos de internação têm sua origem na Guia de Resumo de Internação enviada pelo prestador hospitalar onde ocorreu o atendimento. As demais guias que compõem esse evento são vinculadas à guia de resumo de internação através do número de solicitação de internação. Caso o número de solicitação de internação, que vincula todas as guias participantes de um evento de internação, não seja informado corretamente pela operadora o evento pode não conter todas as guias que deveriam fazer parte dele, afetando o resultado do indicador.

Observação: Os procedimentos considerados para cálculo de indicadores do IDSS são aqueles que devem ser informados à ANS de forma individualizada (código TUSS da Tabela 22 e forma de envio da Tabela

64), inclusive quando pagos através de pacote. Nesse caso, o sistema identificará o procedimento pelo seu código TUSS informado “dentro” do pacote, para o cálculo do indicador.

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que **durante o processamento**, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS que não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base	2	Não se aplica (não é calculado)

Crítica	Prioridade	Resultado
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente (nota zero)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente (nota zero)
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente (nota zero)
<p>OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência.</p> <p>Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados.</p> <p>Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.</p>	6	Inconsistente (nota zero)
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	7	Não se aplica (não é calculado)
OPS MH possui média de beneficiárias mulheres = zero na segmentação obstétrica no SIB e não informou partos no TISS	8	Não se aplica (não é calculado)
OPS exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	9	Não se aplica (não é calculado)
Operadora com menos de 100 partos informados no TISS no ano base.	10	Não se aplica (não é calculado)
Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de	11	Inconsistente (nota zero)

Crítica	Prioridade	Resultado
odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de beneficiários em planos que contêm a segmentação obstétricia maior que zero) ou informou partos		
Operadora possui média de beneficiárias mulheres = zero na segmentação obstétricia no SIB e informou partos no TISS	12	Inconsistente (nota zero)

Ações esperadas

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

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

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

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

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

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

Limitações e Vieses

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

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

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

Caso o número de solicitação de internação, que vincula todas as guias participantes de um evento de internação, não seja informado corretamente pela operadora, o evento pode não conter todas as guias que deveriam fazer parte dele.

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

BETRAN AP, YE J, MOLLER A, et al. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health* 2021;6:e005671.

<https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671.full?ijkey=JgilzebteZPF03j&keytype=r>
ef

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

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal.

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZTMxYTNkZDYtZDU1OC00MGFhLWI1YzUtMjZhNTIjYjEyM2JjIwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em 2022.

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: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de->

conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/. Acesso em 2022.

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

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

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

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA. 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.

ESTEVES-PEREIRA AP, DENEUX-THARAUX C, NAKAMURA-PEREIRA M, SAUCEDO M, BOUVIER-COLLE MH, LEAL MDO C. Caesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil. PLoS One. 2016 Apr 13;11(4):e0153396. doi: 10.1371/journal.pone.0153396. PMID: 27073870; PMCID: PMC4830588

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

LEAL MDC, ESTEVES-PEREIRA AP, NAKAMURA-PEREIRA M, et al. Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil
BMJ Open 2017;7:e017789

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_portuguese.pdf;jsessionid=25A086A9351EC00066305392A7848697?sequence=3

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

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

Nomenclatura Simplificada

Atenção ao Pré-Natal

Conceito

Número médio de consultas de pré-natal realizados pela operadora por beneficiária grávida no período considerado.

Método de Cálculo

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

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

Observação: Além dos planos com segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, também serão computados neste indicador os partos e o número de consultas realizadas em beneficiárias de planos com segmentação exclusivamente hospitalar com obstetrícia, tendo em vista que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde esclarece que, aos planos com segmentação hospitalar com obstetrícia, compreendem toda a cobertura definida para o plano hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério. Portanto, todos os procedimentos relativos ao pré-natal – inclusive a consulta médica, por serem procedimentos que constam no Rol

vigente e estão relacionados ao pré-natal – devem ser assegurados por parte da operadora no plano com segmentação hospitalar com obstetrícia. Além das consultas registradas no padrão TISS, com o código de consulta de pré-natal, também serão consideradas para fins de cálculos deste indicador, as consultas registradas no TISS com o código de ginecologista/obstetra, médico generalista, médico clínico e médico de família e comunidade no período pré-natal das beneficiárias, univocamente identificadas, grávidas no ano-base e no ano anterior.

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 - Consulta médica realizada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, em gestantes com fins de orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico da gravidez. Consideram-se as consultas de pré-natal realizadas com este fim por ginecologistas, obstetras, médico generalista, médico clínico e médico de família e comunidade

Beneficiárias univocamente identificadas – Por meio do Cartão Nacional de Saúde – CNS é possível identificar cada beneficiária de forma unívoca. A identificação da beneficiária através do CNS objetiva contar a quantidade de consultas realizadas pela mesma gestante durante o pré-natal.

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

Interpretação do Indicador

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

Indica situações que demandam ações e estudos específicos pelas operadoras.

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

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

Usos

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

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

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

A saúde da mulher é uma prioridade no mundo. A Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu em 2015 a “Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, que estabelece 17 (dezessete) Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas de desenvolvimento específicas a serem alcançadas pelos países até 2030. Dentre as metas, estão: reduzir a razão de mortalidade materna global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos; e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, conseguindo que todos os países tentem reduzir a mortalidade neonatal para menos de 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para menos de 25 por 1.000 nascidos vivos (OPAS, 2017).

A realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. A recomendação é que o pré-natal deve começar assim que a mulher descobre que está grávida (BRASIL, 2022).

A assistência pré-natal tem como objetivo prevenir os resultados indesejáveis (morbimortalidade materna e fetal) e, na gestação de alto risco, as consultas médicas devem ocorrer com maior frequência.

O acompanhamento do pré-natal e da atenção ao parto é reconhecido pelo Ministério da Saúde como importante estratégia para prevenir ou reduzir o risco de mortalidade, tanto para a gestante como para a criança. A Rede Cegonha (RC)

é a política pública brasileira que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materna e infantil no País. A Rede Cegonha considera como boa prática a realização de um mínimo de seis consultas de pré-natal, com início do pré-natal no primeiro trimestre (Brasil, 2018).

O Ministério da Saúde, portanto, recomenda que sejam realizadas no mínimo seis consultas de pré-natal (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro), sendo ideal que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre e que, até a 34^a semana, sejam realizadas consultas mensais. Entre a 34^a e 38^a semanas é indicado uma consulta a cada duas semanas e, a partir da 38^a semana, consultas semanais até o parto, que geralmente acontece na 40^a semana, mas pode ocorrer até 42 semanas (BRASIL, 2022).

O Previne Brasil, atual programa de financiamento da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde, é parte das estratégias do Ministério da Saúde para o cuidado e acompanhamento da qualidade no atendimento à saúde das mulheres e gestantes. O indicador de desempenho 1 “Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1^a até a 12^a semana de gestação” é utilizado para o acompanhamento da assistência pré-natal no SUS, e considera que todas as gestantes devem passar por consultas de pré-natal conforme recomendação, estabelecendo o parâmetro de 100% (BRASIL, 2022).

De acordo com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – Febrasgo, são preconizadas no mínimo seis consultas pré-natais ao

longo da gravidez, mas o ideal é que haja consultas mensais até o sétimo mês de gestação, depois quinzenais e, chegando perto do parto, após o oitavo mês, essas consultas devem se tornar semanais. Já para gestantes de alto risco – isto é, mulheres com doenças crônicas prévias à gestação, aquelas que tiveram uma gestação anterior de alto risco e aquelas que identificam, no curso da gravidez, uma condição ou doença que vai oferecer risco para ela e a para o bebê – a avaliação pré-natal será diferente de uma avaliação normal. Segundo a Febrasgo, condições prévias pedem consultas mais frequentes ao obstetra e, a depender da doença, o acompanhamento também do especialista (FEBRASGO, 2017).

O indicador “Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, por local de residência da mãe”, que compunha o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), apontava que no Brasil, em 2013, a proporção de gestantes que realizou sete ou mais consultas pré-natal foi de 63,1% (ANJOS& BOING, 2017; BRASIL, 2017).

Um estudo descritivo realizado pelo Ministério da Saúde, com os dados do Sinasc dos anos 2014 e 2015, identificou que, no Brasil, o acesso ao pré-natal foi classificado como “adequado” (realização de 6 consultas) ou “mais que adequado” (realização de 7 ou mais consultas) para cerca 70% das mulheres, sendo 68,9%, em 2014, e 70,2%, em 2015. Os valores menores foram encontrados nos estados do Nordeste e os maiores nas regiões Sul e Sudeste (BRASIL, 2018).

Portanto, há diversas referências para o número mínimo de consultas de pré-natal para gestantes, que variam de 6 a 19 ou mais, a depender da classificação do risco gestacional. Por exemplo:

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado de consultas de pré-natal seria igual ou superior a 6 (seis), com consultas mensais

até a 28^a semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (BRASIL, 2016; FIOCRUZ, 2021).

Na adolescência, as consultas médicas de pré-natal no primeiro trimestre, devem ocorrer a cada 15 dias, no segundo trimestre todo mês, e no terceiro trimestre a cada 15 dias, até 37^a semana e, depois, semanalmente até a 40^a semana. Depois disso, deve ocorrer a cada dois ou três dias até a 41^a semana (FEBRASGO, 2014).

No caso de gestantes que apresentem hipertensão arterial crônica, o controle pré-natal deve ser iniciado o mais precocemente possível. As consultas pré-natais devem ser mensais até a 30^a semana, quinzenais até a 34^a semana e semanais até o parto (FEBRASGO, 2014).

No caso de gestantes que apresentem diabetes gestacional, as consultas pré-natais devem ser mensais até a 24^a semana, quinzenais até a 32^a semana e semanais até o parto. No caso de diabetes pré-gestacional, o seguimento de consultas deve ser mais frequente e iniciado o mais precocemente possível.

A hiperglicemia na gestação causa problemas à mãe, ao conceito e à placenta e por essa razão, repercute em todas as fases da gestação e aumenta a morbimortalidade perinatal (FEBRASGO, 2011).

Na gestação dicoriônica (gravidez gemelar com duas placenta e duas bolsas amnióticas), as consultas podem ser mensais até a 28^a semana de gestação e, posteriormente, a cada 15 dias até 34 semanas, seguindo-se semanalmente até o parto. Nas gestações monocoriônicas (gravidez gemelar com uma placenta), as consultas devem ser realizadas a cada 15 dias, após a 16^a semana de gestação, até 34 semanas, e depois semanal até o parto (BRASIL, 2022).

No caso de gestantes com doença falciforme, os intervalos entre as consultas devem ser individualizados, mas com programação de consultas, idealmente, quinzenais no 2º trimestre e semanais no 3º trimestre (BRASIL, 2022).

A rotina pré-natal na cardiopatia materna deve ser de consultas mensais até 28 semanas, quinzenais até 36 semanas e semanais até parto (BRASIL, 2022).

No pré-natal da paciente com Lúpus Eritematoso Sistêmico, recomenda-se que as consultas de pré-natal sejam quinzenais (BRASIL, 2022).

No caso de gestantes com trombofilia, as consultas de pré-natal devem ser mensais até a 20 semana de gestação, passando a quinzenais a partir desse período, podendo ser a intervalos mais curtos, na dependência da gravidade (BRASIL, 2022).

Meta

A meta é atingir pelo menos 7 (sete) consultas de pré-natal por beneficiária grávida durante a gestação de risco habitual, risco médio/intermediário ou alto risco.

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado ≤ 2	0
2 < Resultado < 7	0 < V < 1
Resultado ≥ 7	1

$$V = ((2 < Resultado < 7) - 2) / 5$$

Fonte de Dados

TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)

Observação:

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

2 - Para a correta identificação unívoca do beneficiário, a operadora deverá observar o correto preenchimento do CNS - Cartão Nacional de Saúde tanto na Guia TISS quanto no SIB. Caso não haja o correto preenchimento do CNS tanto na Guia TISS quanto no SIB, o beneficiário não será considerado para o cálculo do indicador.

3 - Caso mais de 20% do total de CNS informados no TISS pela operadora não sejam encontrados (inexistentes) na base do Sistema de Informação de beneficiários - SIB ou não sejam válidos, será atribuída inconsistência ao indicador e a operadora obterá nota Zero.

4 - Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).

Numerador: [Tipo de Consulta = 3 (consulta de pré-natal) nas guias de consulta ou de SP/SADT (não vinculadas a evento de internação) com os seguintes CBOs: CBO 225250 (Médico ginecologista e obstetra); CBO 225130 (Médico de família e comunidade); CBO 225170 (Médico generalista); CBO 225125 (Médico clínico)], realizadas nas 42 semanas antes do parto

+

[Atendimento ambulatorial código TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), 10101012 (Consulta em consultório no horário normal ou preestabelecido) com CBO 225250 (Médico ginecologista e obstetra)], realizadas nas 42 semanas antes do parto.

Denominador: Códigos TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), nos eventos de internação: 31309127 (Parto via vaginal) + 31309054 (Cesariana)+ 31309208 (Cesariana com histerectomia)

Obs: Conforme disposto no Componente Organizacional do Padrão TISS, os eventos de internação têm sua origem na Guia de Resumo de Internação enviada pelo prestador hospitalar onde ocorreu o atendimento. As demais guias que compõem esse evento são vinculadas à guia de resumo de internação através do número de solicitação de internação. Caso o número de solicitação de internação, que vincula todas as guias participantes de um evento de internação, não seja

informado corretamente pela operadora o evento pode não conter todas as guias que deveriam fazer parte dele.

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica (não é calculado)
OPS não possui beneficiários em planos que contenham segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia e segmentação exclusivamente hospitalar com obstetrícia no ano-base	2	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E	3	Não se aplica (não é calculado)

Crítica	Prioridade	Resultado
não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_		
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E Informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	4	Inconsistente (nota zero)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	5	Inconsistente (nota zero)
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	6	Inconsistente (nota zero)
OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência. Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.	7	Inconsistente (nota zero)
Operadora MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	8	Não se aplica (não é calculado)
Operadora MH possui média de beneficiários = zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou tipo de guia = 1 ou 2 (Consulta e SP/SADT não vinculado à internação)	9	Não se aplica (não é calculado)
Operadora exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e só informou no	10	Não se aplica (não é calculado)

Crítica	Prioridade	Resultado
TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica		
Operadora sem nenhum parto informado no TISS no ano-base ocorrido em beneficiária de plano que contenha a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, univocamente identificada por meio do CNS.	11	Não se aplica (não é calculado)
Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de beneficiários em planos que contêm a segmentação ambulatorial maior que zero) ou informou atendimentos em tipo de guia = 1, 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	12	Inconsistente (nota zero)
Operadora possui média de beneficiários > zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	13	Inconsistente (nota zero)
Operadora possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	14	Inconsistente (nota zero)
Operadora possui nas guias TISS do ano-base 20% ou mais de CNS inexistentes no SIB	15	Inconsistente (nota zero)

Ações Esperadas

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

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

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

Limitações e Vieses

Como boa prática, a 1^a consulta da gestante deve ser realizada o mais precocemente possível, preferencialmente até a 12^a semana de gestação (MS, 2016). No entanto, o indicador não capta esta informação.

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

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

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

Caso o número de solicitação de internação, que vincula todas as guias participantes de um evento de internação, não seja informado corretamente pela operadora o evento pode não conter todas as guias que deveriam fazer parte dele.

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer

complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

ANJOS, JCB; BOING, AF. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2016, v. 19, n. 04. pp. 835-850. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040013>>

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Secretaria de Atenção à Saúde - Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Brasília, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Disponível em:<<http://portalods.com.br/wp->>

content/uploads/2019/03/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 13/2022-SAPS/MS. Indicador 1. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1^a até a 12^a semana de gestação. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_13.pdf. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília, 2022.

FEDERACAO BRASILEIRA DAS ASSOCIACOES DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA. Manual de assistência pré-natal. -- 2a. ed. – São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014. Disponível em:
https://www.abenforj.com.br/site/arquivos/manuais/304_Manual_Pre_natal_25SET.pdf

FEDERACAO BRASILEIRA DAS ASSOCIACOES DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA. Manual de Gestação de Alto Risco, 2011. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2019/08/MANUAL-DE-GESTA%C3%87%C3%83O-DE-ALTO-RISCO-2011.pdf>.

FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia). O pré-natal começa antes da gravidez. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/198-o-pre-natal-comeca-antes-da-gravidez. 13 de setembro 2017>>. Setembro de 2017.

FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia). O que é o pré-natal de alto risco? Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/203-o-que-e-o-pre-natal-de-alto->>

[risco#:~:text=A%20partir%20da%C3%AD%20e%20at%C3%A9,necess%C3%A1rio%20para%20qualquer%20pr%C3%A9%C2%Dnatal](#). Setembro de 2017.

FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Principais Questões sobre Exames de Rotina do Pré-Natal. Rio de Janeiro, 11 out. 2021. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-exames-de-rotina-do-pre-natal/>>.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030: um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na região. Disponível em: <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49172/CSP296-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 06/12/2022. Washington: OPAS; 2017.

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

Nomenclatura Simplificada

Fratura em idosos

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 em planos que contenham segmentação hospitalar
com 60 anos ou mais de idade

Definição de termos utilizados no Indicador:

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

Interpretação do Indicador:

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

A queda pode ser considerada como evento sentinel 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

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações:

A queda em pessoas idosas é um importante fator de risco para a perda da autonomia do idoso e, por conseguinte, diminuição da qualidade de vida. Na faixa etária de 60 anos ou mais, a queda é a segunda causa de óbito dentre as causas externas. A osteoporose, por sua vez, tem contribuição importante nas fraturas

de fêmur, em especial, no sexo feminino. A internação hospitalar por fratura do fêmur tem experimentado aumento nos últimos anos; no entanto, destaca-se que ações direcionadas à prevenção e/ou redução dos fatores de risco minimizam a necessidade de internações hospitalares e suas complicações.

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

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

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

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

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

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

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

Meta

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

Porte da Operadora	Média das Medianas (A)	Meta (A)+20%
Operadoras de Pequeno Porte	1,88	2,26
Operadoras de Médio Porte	2,23	2,68
Operadoras de Grande Porte	2,32	2,78

Pontuação

Tratamento de dados: Após o cálculo do indicador, serão aplicados os métodos de padronização direta por Faixa Etária e Sexo; e Bayes Empírico.

Para aplicação das metodologias de padronização, são utilizados os dados do setor, quais sejam: a proporção de beneficiários idosos por faixa quinquenal de idade e sexo (M e F), e parâmetros estatísticos, de todas as operadoras avaliadas. Estes dados são disponibilizados anualmente no portal da ANS, em conjunto com os resultados do IDSS do ano-base avaliado, no documento intitulado “Parâmetros do Setor”.

A partir do resultado apurado, após a padronização, será apurada a pontuação do indicador, conforme tabela a seguir.

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

2,68 < Resultado < 7,14 (Médio Porte)	$1 - \left(\frac{\text{Resultado} - 2,68}{4,46} \right)$ Médio Porte
2,78 < Resultado < 7,42 (Grande Porte)	$1 - \left(\frac{\text{Resultado} - 2,78}{4,64} \right)$ Grande Porte
Resultado ≤ 2,26 (Pequeno Porte)	
Resultado ≤ 2,68 (Médio Porte)	1
Resultado ≤ 2,78 (Grande Porte)	

Fonte de Dados

TISS e SIB

Observação 1: Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).

Numerador: Somar a quantidade de eventos de internação para beneficiários de 60 anos ou mais na data do procedimento que contenham ao menos um dos procedimentos com os códigos TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), listados na tabela a seguir:

30725127	Fraturas de fêmur - tratamento cirúrgico
30725135	Fraturas, pseudartroses, correção de deformidades e alongamentos com fixador externo dinâmico - tratamento cirúrgico
30725160	Tratamento cirúrgico de fraturas com fixador externo - coxa/fêmur

30725100	Fratura de fêmur - tratamento conservador com gesso
30725119	Fraturas de fêmur - redução incruenta
30725194	Fratura de extremidade superior do fêmur ou cavidade cotilóide - tratamento conservador com gesso
30724171	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral – redução incruenta
30724180	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral – tratamento cirúrgico
30724058	Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico
30724066	Artroplastia de quadril infectada (retirada dos componentes) - tratamento cirúrgico
30724074	Artroplastia de ressecção do quadril (Girdlestone) - tratamento cirúrgico
30724082	Artroplastia parcial do quadril (tipo Thompson ou qualquer técnica) - tratamento cirúrgico

Observação 2: Conforme disposto no Componente Organizacional do Padrão TISS, os eventos de internação têm sua origem na Guia de Resumo de Internação enviada pelo prestador hospitalar onde ocorreu o atendimento. As demais guias que compõem esse evento são vinculadas à guia de resumo de internação através do número de solicitação de internação. Caso o número de solicitação de internação, que vincula todas as guias participantes de um evento de internação, não seja informado corretamente pela operadora o evento pode não conter todas as guias que deveriam fazer parte dele, afetando o cálculo do indicador.

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

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que **durante o processamento**, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	2	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente (nota zero)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente (nota zero)

Crítica	Prioridade	Resultado
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente (nota zero)
<p>OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência.</p> <p>Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados.</p> <p>Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.</p>	6	Inconsistente (nota zero)
OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	7	Inconsistente (nota zero)
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	8	Não se aplica (não é calculado)
OPS MH possui média de beneficiários = zero na segmentação hospitalar e/ou hospitalar com obstetrícia no SIB	9	Não se aplica (não é calculado)
OPS exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	10	Não se aplica (não é calculado)
OPS possui no ano-base média de beneficiários com 60 anos ou mais igual a zero na segmentação hospitalar no SIB e não informou no TISS nenhuma internação por fratura de fêmur em beneficiários de 60 anos ou mais no ano-base	11	Não se aplica (não é calculado)
Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de	12	Inconsistente (nota zero)

Crítica	Prioridade	Resultado
beneficiários em planos que contêm a segmentação hospitalar maior que zero) ou informou atendimentos em tipo de guia = 2 (SP/SADT vinculado à internação) ou 3 (internação) ou 5 (honorário)		
OPS possui média de beneficiários > zero no SIB para a segmentação hospitalar e/ou hospitalar com obstetrícia e não informou atendimentos em tipo de guia = 3	13	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação hospitalar e/ou hospitalar com obstetrícia e informou atendimentos em tipo de guia = 3	14	Inconsistente (nota zero)

Ações esperadas

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

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

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

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

Limitações e Vieses

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

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

Como o perfil epidemiológico é diferente para homens e mulheres, cabe ressaltar que esse indicador será mais efetivo na medida em que se obtenham informações específicas por gênero. Para minimizar as diferenças de gênero e faixa etária são aplicadas padronizações estatísticas para gênero e faixa etária.

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

Caso o número de solicitação de internação, que vincula todas as guias participantes de um evento de internação, não seja informado corretamente pela operadora o evento pode não conter todas as guias que deveriam fazer parte dele.

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas

metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

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

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

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

FERNANDES, Roberta Arinelli et al. Fraturas do fêmur proximal no idoso: estudo de custo da doença sob a perspectiva de um hospital público no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21,n. 2,p. 395-416,2011.

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

NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE - NCQA. Medicare HEDIS 2006 Means, Percentiles and Ratios. Frequency of Selected Procedures.

http://www.ncqa.org/portals/0/HEDISQM/Programs/CompAud/MPR/Archives/HEDIS_2006_Means_Percentiles_Medicare.pdf

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

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

Nomenclatura Simplificada

Cuidado Integral da Criança até os 4 anos

Conceito

Razão de consultas ambulatoriais de pediatria para crianças de 0 a 4 anos, univocamente identificadas, para avaliar o cuidado integral da criança nesta faixa etária. Compara o resultado em relação ao total de consultas recomendadas na literatura, no período considerado.

Método de Cálculo

Número de consultas ambulatoriais com pediatra ou médico de família e comunidade para crianças univocamente identificadas, com idade menor que 1 ano, até a 8 ^a consulta	+	Número de consultas ambulatoriais com pediatra ou médico de família e comunidade para beneficiários com idade entre 1 e 4 anos univocamente identificados, até a 2 ^a consulta
8x (Média de beneficiários com idade até 1 ano em planos que contenham a segmentação ambulatorial, no período considerado)	+	2 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

Consultas ambulatoriais para o cuidado integral da criança- Para fins do PQO, serão consideradas consultas com as especialidades Pediatria e Medicina de Família e Comunidade para a realização do cuidado integral da criança até 04 anos de idade (60 meses incompletos).

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.

Consultas ambulatoriais em Medicina de Família e Comunidade –

Atendimentos prestados em regime ambulatorial por profissional com Título de Especialista e/ou Certificado de Residência Médica em saúde da família/medicina de família e comunidade, regularmente registrado pelo Conselho Regional de Medicina, para fins de prestação contínua e integrada de cuidados primários de saúde para toda a família, incluindo crianças e adolescentes.

Interpretação do Indicador

Permite estimar a cobertura de consultas ambulatoriais com pediatra em relação à média de beneficiários, no período analisado, com idade igual ou inferior a 4 anos (60 meses incompletos).

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, 2021) estabelece como diretriz clínica 8 consultas com pediatra na faixa etária de 0 a 1 ano, e 8 consultas na faixa de 1 a 4 anos, conforme tabela a seguir:

Lactente 0-2 anos	Pré-escola 2-4 anos	Escolar 5-10 anos	Adolescente 11-19 anos
1 ^a semana	24 meses	5 anos	11 anos
1 mês	30 meses	6 anos	12 anos
2 meses	36 meses	7 anos	13 anos
3 meses	42 meses	8 anos	14 anos
4 meses	48 meses	9 anos	15 anos
5 meses		10 anos	16 anos
6 meses			17 anos
9 meses			18 anos
12 meses			19 anos
15 meses			
18 meses			

Fonte: Fonte: Rol/ANS 2021 – Anexo III – Diretrizes Clínicas

Disponível em:

https://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/rn/Anexo_III_DC_2021_RN_465.2021.v2.pdf

Portanto, a média de consultas recomendadas por ano para cada criança é de aproximadamente:

Faixa Etária	Consultas recomendadas no período (A)	Intervalo de anos na faixa etária (arredondado) (B)	Média de consultas recomendadas por ano (A/B)
Até 1 ano (12 meses incompletos)	8	1 ano (11 meses e 29 dias)	8
1 a 4 anos (12 meses completos a 60 meses incompletos)	8	4 anos (59 meses e 29 dias)	2

Meta

Apresentar uma produção igual ou superior a 8 consultas no primeiro ano de vida (12 meses incompletos) e 2 consultas por ano para crianças com idade entre 1 e 4 anos (12 meses completos a 60 meses incompletos). Ou, de forma simplificada, espera-se resultado igual a um. No entanto, diante da necessidade de mudança do modelo de atenção, é importante apontar para o aumento progressivo da

meta. Portanto, será atribuída a pontuação máxima para a operadora que apresentar pelo menos 0,95 de razão das consultas realizadas em relação às consultas recomendadas para crianças de até 4 anos.

Pontuação:

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

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

Fonte de dados

TISS e SIB

Numerador: Códigos TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), nas guias de consulta ou de SP/SADT (não vinculadas a evento de internação) 10101012 (Consulta em consultório no horário normal ou preestabelecido) ou 10106146 (Atendimento ambulatorial em puericultura), para beneficiários com idade: menor que 1 ano; e entre 1 e 4 anos (60 meses incompletos) ; na data de realização do atendimento, com CBO igual a 225124 (Médico pediatra) e 225130 (Médico de família e comunidade).

Denominador: Média anual de beneficiários com idade menor que 1 ano e com idade entre 1 e 4 anos (60 meses incompletos, que possuam plano com a segmentação ambulatorial - Sistema de Informação de Beneficiários (SIB)).

Observações:

- 1- Para a correta identificação unívoca do beneficiário, a operadora deverá observar o correto preenchimento do CNS - Cartão Nacional de Saúde tanto na Guia TISS quanto no SIB. Caso não haja o correto preenchimento do CNS tanto na Guia TISS quanto no SIB, o beneficiário não será considerado para o cálculo do indicador.
- 2- Caso mais de 20% do total de CNS informados no TISS pela operadora não sejam encontrados (inexistentes) na base do Sistema de Informação de beneficiários - SIB ou não sejam válidos, será atribuída inconsistência ao indicador e a operadora obterá nota Zero.
- 3- Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que **durante o processamento**, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	2	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente (nota zero)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente (nota zero)

Crítica	Prioridade	Resultado
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente (nota zero)
OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência. Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.	6	Inconsistente (nota zero)
OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	7	Inconsistente (nota zero)
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	8	Não se aplica (não é calculado)
OPS MH possui média de beneficiários = zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou tipo de guia = 1 ou 2 (Consulta e SP/SADT não vinculado à internação)	9	Não se aplica (não é calculado)
OPS exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	10	Não se aplica (não é calculado)
OPS possui no ano-base média de beneficiários até 4 anos igual a zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou no TISS nenhuma consulta ambulatorial com pediatra em beneficiários até 4 anos de idade	11	Não se aplica (não é calculado)

Crítica	Prioridade	Resultado
(Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de beneficiários em planos que contêm a segmentação ambulatorial maior que zero) ou informou atendimentos em tipo de guia = 1, 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	12	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários > zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	13	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	14	Inconsistente (nota zero)
Operadora possui nas guias TISS do ano-base 20% ou mais de CNS inexistentes no SIB	15	Inconsistente (nota zero)

Ações esperadas

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

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

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

Limitações e Vieses

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

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

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

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 2021 - Anexo III, Diretrizes Clínicas. Disponível em:

https://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/rn/Anexo_III_DC_2021_RN_465.2021.v2.pdf

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

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

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

Nomenclatura Simplificada

Preventivo de Câncer de Colo do Útero

Conceito

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

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número total do primeiro procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncológica realizado no período considerado em beneficiárias univocamente identificadas de 25 a 64 anos}}{\text{Média de beneficiárias em planos que contenham segmentação ambulatorial na faixa etária de 25 a 64 anos}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no indicador

Procedimentos diagnósticos em citopatologia cérvico-vaginal oncológica -

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 beneficiária de forma unívoca. A

identificação da beneficiária objetiva marcar o primeiro procedimento do ano usando o CNS para não haver repetição, e só utilizar no cômputo do indicador os exames de rastreamento.

Interpretação do indicador

Permite estimar a cobertura do procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncotíca 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 oncotíca 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 oncotíca, identificando tendências de cobertura deste procedimento, com vistas a inferir a detecção precoce do câncer de colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos de idade.

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

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

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

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

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

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

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

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

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

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

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

Segundo o INCA (2011), as recomendações são:

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

Essas recomendações não se aplicam a mulheres com história prévia de lesões precursoras do câncer do colo uterino ou em situações especiais como as portadoras do vírus HIV ou imunodeprimidas. Nessas situações especiais, o exame deve ser realizado anualmente, pois essas mulheres apresentam defesa imunológica reduzida e, em consequência, maior vulnerabilidade para as lesões precursoras de câncer do colo do útero. Por outro lado, não devem ser incluídas no rastreamento as mulheres histerectomizadas 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 oncotíca para cada 100 beneficiárias na faixa etária de 25 a 64 anos, considerando a realização de um exame a cada três anos, em mulheres nessa faixa etária.

Pontuação

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

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

Fonte de dados

TISS e SIB

Numerador: Código TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), 40601137 (Procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncoética) e 40601323 (Procedimento diagnóstico citopatológico em meio líquido) nas guias não vinculadas à internação de SP/SADT (atendimento ambulatorial) para beneficiárias univocamente identificadas pelo número CNS, com idade entre 25 e 64 anos (inclusive) na data de realização do exame.

Serão desconsiderados exames repetidos na mesma beneficiária no período considerado.

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

Observações:

- 4- Para a correta identificação unívoca do beneficiário, a operadora deverá observar o correto preenchimento do CNS - Cartão Nacional de Saúde tanto na Guia TISS quanto no SIB. Caso não haja o correto preenchimento do CNS tanto na Guia TISS quanto no SIB, o beneficiário não será considerado para o cálculo do indicador.
- 5- Caso mais de 20% do total de CNS informados no TISS pela operadora não sejam encontrados (inexistentes) na base do Sistema de Informação de beneficiários - SIB ou não sejam válidos, será atribuída inconsistência ao indicador e a operadora obterá nota Zero.
- 6- Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador.

Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que **durante o processamento**, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	2	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente (nota zero)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente (nota zero)
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS e não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente (nota zero)

Crítica	Prioridade	Resultado
<p>OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência.</p> <p>Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados.</p> <p>Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.</p>	6	Inconsistente (nota zero)
<p>OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base</p>	7	Inconsistente (nota zero)
<p>OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica</p>	8	Não se aplica (não é calculado)
<p>OPS MH possui média de beneficiários = zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou tipo de guia = 1 ou 2 (Consulta e SP/SADT não vinculado à internação)</p>	9	Não se aplica (não é calculado)
<p>OPS exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica</p>	10	Não se aplica (não é calculado)
<p>OPS possui no ano-base média de beneficiárias mulheres de 25 a 64 anos igual a zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou no TISS nenhum procedimento de citopatologia em mulheres de 25 a 64 anos no ano-base, com ou sem CNS preenchido.</p>	11	Não se aplica (não é calculado)

Crítica	Prioridade	Resultado
Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de beneficiários em planos que contêm a segmentação ambulatorial maior que zero) ou informou atendimentos em tipo de guia = 1, 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	12	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários > zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	13	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	14	Inconsistente (nota zero)
Operadora possui nas guias TISS do ano-base 20% ou mais de CNS inexistentes no SIB	15	Inconsistente (nota zero)

Ações esperadas

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

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

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

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

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

Limitações e vieses

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

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

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

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

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_uter0.pdf
f. 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)1 Compliance AuditTM. website: <http://www.ncqa.org/HEDISQualityMeasurement/>

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

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer.

Globocan 2008. Lyon, 2008. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/>>. Acesso em: 10 set. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer.

Globocan 2012. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/>>. Acesso em: 19/05/2014.

1.6 Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada (PESO 3)

Nomenclatura Simplificada

Cuidado ao Diabético

Conceito

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

Método de Cálculo

Somatório dos exames de hemoglobina glicada realizados pelo beneficiário que tem mais de um exame no ano-base, univocamente identificado, com idade ≥ 19 anos e ≤ 75 anos, em regime ambulatorial

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

Definição de termos utilizados no Indicador

Numerador: Total de exames de hemoglobina glicada realizados no ano (inclusive o primeiro) dos beneficiários da operadora que têm mais de um exame no período, os quais se estima serem diabéticos.

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 média 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

Tratamento de dados: Após o cálculo do indicador, serão aplicados os métodos de padronização direta por Faixa Etária.

Para aplicação da metodologia de padronização, são utilizados os dados do setor: a proporção de beneficiários por faixa de idade, de todas as operadoras avaliadas.

Estes dados são disponibilizados anualmente no portal da ANS, em conjunto com os resultados do IDSS do ano-base avaliado, no documento intitulado “Parâmetros do Setor”.

A partir do resultado apurado, após a padronização, será apurada a pontuação do indicador, conforme tabela a seguir.

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

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

Fonte de Dados

TISS e SIB

Numerador: Códigos TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), nas guias de SP/SADT (não vinculadas à internação), 40302075 (Hemoglobina glicada - A1 total - pesquisa e/ou dosagem) ou 40302733 (Hemoglobina glicada - Fração A1c - pesquisa e/ou dosagem), para beneficiários univocamente identificados pelo número CNS, com idade entre 19 e 75 anos (inclusive) na data de realização do exame (soma a partir do 2º exame).

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

Observações:

1 - Para a correta identificação unívoca do beneficiário, a operadora deverá observar o correto preenchimento do CNS - Cartão Nacional de Saúde tanto na Guia TISS quanto no SIB. Caso não haja o correto preenchimento do CNS tanto na Guia TISS quanto no SIB, o beneficiário não será considerado para o cálculo do indicador.

2- Caso mais de 20% do total de CNS informados no TISS pela operadora não sejam encontrados (inexistentes) na base do Sistema de Informação de beneficiários - SIB ou não sejam válidos, será atribuída inconsistência ao indicador e a operadora obterá nota Zero.

3- Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao

indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E	2	Não se aplica

Crítica	Prioridade	Resultado
não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_		(não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente (nota zero)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente (nota zero)
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente (nota zero)
OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência. Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.	6	Inconsistente (nota zero)
OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	7	Inconsistente (nota zero)
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	8	Não se aplica (não é calculado)
OPS MH possui média de beneficiários = zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou tipo de guia = 1 ou 2 (Consulta e SP/SADT não vinculado à internação)	9	Não se aplica (não é calculado)
OPS exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	10	Não se aplica (não é calculado)

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS possui no ano-base média de beneficiários com idade ≥ 19 anos e ≤ 75 anos igual a zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou no TISS nenhum exame de hemoglobina glicada	11	Não se aplica (não é calculado)
Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de beneficiários em planos que contêm a segmentação ambulatorial maior que zero) ou informou atendimentos em tipo de guia = 1, 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	12	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários $>$ zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	13	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	14	Inconsistente (nota zero)
Operadora possui nas guias TISS do ano-base 20% ou mais de CNS inexistentes no SIB	15	Inconsistente (nota zero)

Ações esperadas

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

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

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

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

Limitações e Vieses

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

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

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

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e

Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.7 Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal

- Cárie (PESO 2)

Nomenclatura Simplificada

Prevenção da Cárie

Conceito

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

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de procedimentos voltados à preservação das estruturas dentárias no período de análise}}{\text{Total de procedimentos odontológicos realizados em beneficiários no período de análise}} \times 100$$

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.

A listagem completa dos códigos dos procedimentos encontra-se detalhada na fonte de dados desta ficha.

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

Interpretação do Indicador

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

Usos

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

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

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

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

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

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

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

Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que, segundo a classificação

adotada pela OMS, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4) para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6) (BRASIL, 2012).

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

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

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

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

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

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

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

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

**OD: operadoras exclusivamente odontológicas

Fonte: SIP – ANS, 2015

Meta

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

O cálculo das medianas depende dos resultados dos indicadores que utilizam a mediana como parâmetro, de todas as operadoras avaliadas. Portanto, não existe a possibilidade de disponibilização prévia.

As medianas do setor por porte e segmento (MH ou OD) das operadoras são disponibilizadas no portal da ANS, em conjunto com os resultados do IDSS do ano-base avaliado, no documento intitulado “Parâmetros do Setor”.

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

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

Fonte de Dados

TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)

Observação 1: Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).

Numerador: Códigos TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), nas guias de tratamento odontológico, dos procedimentos listados na tabela a seguir:

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

87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
84000031	Aplicação de 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
41401654	Teste de fluxo salivar
85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental Placa Bacteriana

Denominador: Somatório de todos os procedimentos, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), nas guias de tratamento odontológico.

Observação 2: A contagem dos códigos TUSS, no numerador e no denominador, considerará as quantidades informadas nas guias de tratamento odontológico (no campo “QUANTIDADE INFORMADA DE PROCEDIMENTOS OU ITENS ASSISTENCIAIS” de cada guia). Este critério será adotado independentemente

da unidade adotada (boca, região, dente, face, etc.), a fim de considerar as peculiaridades técnicas de cada procedimento e a unidade de informação de cada operadora.

Observação 3: O fato de as operadoras informarem os procedimentos odontológicos no TISS em unidades diferentes (boca, região, dente, face etc.) não afeta a pontuação do indicador. Por se tratar de uma proporção, a ocorrência de um maior número de repetições no numerador também se reflete no denominador, de modo que a variação decorrente da unidade adotada é amenizada no cálculo da razão do numerador pelo denominador. Ademais, o critério de pontuação do indicador se baseia na mediana dessas proporções do setor por grupo e porte, o que também minimiza eventuais variações oriundas do método de contagem.

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras

realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS não possui beneficiários odontológicos nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	2	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente (nota zero)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente (nota zero)
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente (nota zero)
OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência. Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.	6	Inconsistente (nota zero)
OPS MH que possui média de beneficiários na segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e não informou tipo de guia = 4 (Guia de Tratamento Odontológico GTO)	7	Não se aplica (não é calculado)
OPS MH que possui média de beneficiários na segmentação odontológica do SIB maior do que 0,10%	8	Inconsistente (nota zero)

Crítica	Prioridade	Resultado
da média de beneficiários da OPS no SIB e não informou atendimentos em tipo de guia = 4		
OPS possui média de beneficiários > zero para a segmentação odontológica do SIB e não informou atendimentos em tipo de guia = 4	9	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários =zero na segmentação odontológica do SIB e Informou atendimentos em tipo de guia = 4	10	Inconsistente (nota zero)

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.

Analizar 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.

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas

metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

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. 2^a ed. Brasília, DF, 2008.

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

Nomenclatura Simplificada

Cuidados com a Gengiva

Conceito

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

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de procedimentos preventivos em periodontia realizados em beneficiários com 12 anos ou mais no período de análise}}{\text{Total de procedimentos odontológicos realizados em beneficiários com 12 anos ou mais no período de análise}} \times 100$$

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 hemiarcada (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 e procedimentos encontra-se detalhada na fonte de dados desta ficha.

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

Interpretação do Indicador

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

Usos

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

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

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

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

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

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

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

A presença de cálculo e sangramento é mais comum aos 12 anos e entre os

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

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

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

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

Meta

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

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

O cálculo das medianas depende dos resultados dos indicadores que utilizam a mediana como parâmetro, de todas as operadoras avaliadas. Portanto, não existe a possibilidade de disponibilização prévia.

As medianas do setor por porte e segmento (MH ou OD) das operadoras são disponibilizadas no portal da ANS, em conjunto com os resultados do IDSS do ano-base avaliado, no documento intitulado “Parâmetros do Setor”.

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

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

Fonte de Dados

TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)

Numerador: Códigos TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), nas guias de tratamento odontológico, dos procedimentos listados na tabela a seguir:

87000016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
84000139	Atividade educativa em saúde bucal
84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana)
84000198	Profilaxia: polimento coronário
84000236	Teste de contagem microbiológica
41401654	Teste de fluxo salivar
85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
84000228	Teste de capacidade tampão da saliva
84000252	Teste de PH salivar
85300047	Raspagem supra-gengival
85300039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular
85300098	Manutenção periodontal

Denominador: Somatório de todos os procedimentos, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), nas guias de tratamento odontológico.

Observações:

- 1- Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).
- 2- A contagem dos códigos TUSS, no numerador e no denominador, considerará as quantidades informadas nas guias de tratamento odontológico (no campo "QUANTIDADE INFORMADA DE PROCEDIMENTOS OU ITENS ASSISTENCIAIS" de cada guia). Este critério será adotado independentemente da unidade adotada (boca, região, dente, face, etc.), a fim de considerar as peculiaridades técnicas de cada procedimento e a unidade de informação de cada operadora.
- 3- O fato de as operadoras informarem os procedimentos odontológicos no TISS em unidades diferentes (boca, região, dente, face etc.) não afeta a pontuação do indicador. Por se tratar de uma proporção, a ocorrência de um maior número de repetições no numerador também se reflete no denominador, de modo que a variação decorrente da unidade adotada é amenizada no cálculo da razão do numerador pelo denominador. Ademais, o critério de pontuação do indicador se baseia na mediana dessas proporções do setor por grupo e porte, o que também minimiza eventuais variações oriundas do método de contagem.

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que **durante o processamento**, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS não possui beneficiários odontológicos nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	2	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente (nota zero)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente (nota zero)

Crítica	Prioridade	Resultado
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente (nota zero)
OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência. Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.	6	Inconsistente (nota zero)
OPS MH que possui média de beneficiários na segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e não informou tipo de guia = 4 (Guia de Tratamento Odontológico GTO)	7	Não se aplica (não é calculado)
OPS MH que possui média de beneficiários na segmentação odontológica do SIB maior do que 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e não informou atendimentos em tipo de guia = 4	8	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários > zero para a segmentação odontológica do SIB e não informou atendimentos em tipo de guia = 4	9	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários =zero na segmentação odontológica do SIB e informou atendimentos em tipo de guia = 4	10	Inconsistente (nota zero)

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.

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

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. 2^a ed. Brasília, DF, 2008.

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

Nomenclatura Simplificada

Cuidado Integral do Idoso

Conceito

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

Método de cálculo

Número de consultas ambulatoriais realizadas por Generalista em beneficiários com 60 anos ou mais

Número de consultas ambulatoriais com outros Especialistas para beneficiários com 60 anos ou mais

Definição de termos utilizados no indicador

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

Consultas em Clínica Médica - Atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e

orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico, na especialidade de clínica médica em beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais.

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

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

Consultas com Generalista – Consultas com médicos cuja prática não é restrita a uma área específica da medicina. De acordo com a publicação "Demografia Médica no Brasil" (CFM/CREMESP, 2018), considera-se médico generalista como aquele sem título de especialista. Neste caso, o médico atua como profissional com formação geral em medicina e o registro no Conselho Regional de Medicina. Nesse contexto, ele tem capacidade de realizar diagnósticos e indicar cuidados básicos, sem observar uma área específica da medicina.

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

Interpretação do Indicador

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

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

Quando a razão de consultas médicas ambulatoriais com generalista/ especialista para idosos for muito baixa, pode apontar para um modelo de atenção equivocado, centrado na atenção especializada, descoordenado, fragmentado e pouco resolutivo (STARFIELD, 2002).

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

Usos

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

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

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

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

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

As Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) propõem a realização de 4 consultas por usuário com 60 anos ou mais de idade por ano, o equivalente a 3 consultas de clínica médica e 1 consulta especializada.

Meta

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

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

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

No caso de a razão obtida pela operadora ser menor ou igual a 1 generalista para 15 especialistas (1:15 = 0,06), a pontuação para o indicador é zero.

Pontuação

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

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

Fonte de Dados

TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)

Numerador: Códigos TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), nas guias de consulta ou de SP/SADT (não vinculadas a evento de internação) 10101012 (Consulta em consultório no horário normal ou preestabelecido) ou 20101236 (Avaliação geriátrica ampla – AGA), para beneficiários com 60 anos ou mais na data de realização do atendimento, com CBO 225125 (Médico clínico), 225130 (Médico de família e comunidade), 225170 (Médico generalista) ou 225180 (Médico geriatra).

Denominador: Códigos TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), nas guias de consulta ou de SP/SADT (não vinculadas a evento de internação) 10101012 (Consulta em consultório no horário normal ou preestabelecido) ou 20101236 (Avaliação geriátrica ampla – AGA), para beneficiários com 60 anos ou mais de idade na data de realização do atendimento, com CBO das demais áreas médicas não consideradas como generalista no Programa, inclusive os CBO's não identificados. Somente para as guias de reembolso, não serão considerados os CBO's não identificados.

Observações:

1- A operadora deverá observar o correto preenchimento do CBO nas guias de consultas e SP/SADT - não vinculadas ao evento de internação - independentemente da origem da guia (reembolso ou não). A informação do CBO é imprescindível para cálculo do numerador.

2- Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	2	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente (nota zero)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente (nota zero)
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente (nota zero)
OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência. Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.	6	Inconsistente (nota zero)
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	7	Não se aplica (não é calculado)
OPS MH possui média de beneficiários = zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou tipo de guia = 1 ou 2 (Consulta e SP/SADT não vinculado à internação)	8	Não se aplica (não é calculado)

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	9	Não se aplica (não é calculado)
OPS possui no ano-base média de beneficiários com 60 anos ou mais igual a zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou no TISS nenhuma consulta ambulatorial com generalista em beneficiários de 60 anos ou mais e não informou no TISS nenhuma consulta ambulatorial com especialista em beneficiários de 60 anos ou mais, incluindo CBO não identificado	10	Não se aplica (não é calculado)
OPS possui no ano-base média de beneficiários com 60 anos ou mais > zero na segmentação ambulatorial no SIB e informou no TISS consulta ambulatorial com generalista em beneficiários de 60 anos ou mais e não informou no TISS nenhuma consulta ambulatorial com especialista em beneficiários de 60 anos ou mais, inclusive com CBO não identificado	11	Não se aplica (não é calculado)
Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de beneficiários em planos que contêm a segmentação ambulatorial maior que zero) ou informou atendimentos em tipo de guia = 1, 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	12	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários > zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	13	Inconsistente (nota zero)

Crítica	Prioridade	Resultado
Operadora possui no ano-base média de beneficiários com 60 anos ou mais > zero na segmentação ambulatorial no SIB; e não informou no TISS nenhuma consulta ambulatorial com generalista em benef de 60 anos ou mais; e não informou no TISS nenhuma consulta ambulatorial com especialista em benef de 60 anos ou mais, inclusive com CBO não identificado	14	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	15	Inconsistente (nota zero)

Ações Esperadas

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

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

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

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

Limitações e Vieses

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

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

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

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

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

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

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

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

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

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

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

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

Nomenclatura Simplificada

Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças dos Clientes

Conceito

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

Método de Cálculo

(Pontuação Base + IDQS) ≤1

Onde:

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

Para obter esta pontuação a operadora deverá ter:

1. Formulário de Cadastramento (FC) devidamente concluído até 31 de dezembro do ano-base avaliado;
2. Formulário de Cadastramento (FC) aprovado até a data de corte do IDSS;
3. Formulário de Monitoramento (FM) anual, quando devido, preenchido e concluído corretamente;
4. Formulário de Monitoramento (FM) anual aprovado até a data de corte do IDSS.

A pontuação correspondente ao resultado obtido pela operadora será representada na escala de zero a um de nota do indicador, conforme tabela a seguir. A escala é apenas ilustrativa. O cálculo da pontuação base incidirá de acordo com o resultado obtido no indicador, diretamente na dimensão IDQS.

Resultado do Indicador	Nota na escala de faixa entre 0 (zero) e 1 (um)
0,10 pontos no IDQS	1,0000
Operadora não tem programa aprovado	Operadora não pontuada

Observação: Não é necessário o cadastro de novo programa a cada ano para aquisição do bônus no IDQS, bastando que se cumpra a exigência anual do preenchimento dos formulários de monitoramento do programa outrora aprovado. O mesmo se aplica para os programas cadastrados e que tenham prazo indeterminado.

Interpretação da Pontuação Base

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

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

Usos

Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde a desenvolverem programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, contribuindo para a melhoria dos níveis de saúde da população beneficiária.

Limitação e vieses

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias

operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

BRASIL/ANS. Instrução Normativa - IN nº 15, de 04 de abril de 2022, dispõe sobre o cadastramento, o monitoramento e os investimentos em programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

.....Resolução Normativa 498, de 31 de março de 2022, dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e seus Programas na saúde suplementar.

.....Instrução Normativa 06 de 04 de abril de 2022, regulamenta a Resolução Normativa nº 498, de 30 de março de 2022.

1.11 Participação em Programas de Indução de Melhoria da Qualidade (PONTUAÇÃO BASE de até 0,30)

Nomenclatura Simplificada

Participação em Programas de Melhoria da Qualidade pelo Plano de Saúde

Conceito

Pontuação base atribuída ao resultado do Índice de Desempenho da Qualidade em Atenção à Saúde – IDQS, para as operadoras que participam do Programa de Certificação em Boas Práticas de Atenção à Saúde ou em Projetos de Indução de Qualidade vigentes no ano-base: (1) Certificação em Atenção Primária à Saúde – APS; (2) Projeto-piloto em APS Cuidado Integral à Saúde; e (3) Parto Adequado;

Método de Cálculo

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

Onde:

- **Pontuação base = 0,10, caso a operadora cumpra os seguintes itens:**

Em relação ao Parto Adequado

- Assinado Termo de Parceria com hospital para participação na adesão do Ciclo Intensivo da Fase 2 do Parto Adequado;

- Realizado as atividades previstas no âmbito do Projeto Parto Adequado de acordo com o cronograma pactuado para o ano-base avaliado; e
- Caso a operadora tenha se desligado voluntariamente do projeto no ano-base avaliado, não fará jus à pontuação.

OU

Em relação ao Projeto-piloto em APS Cuidado Integral à Saúde

- Assinado o Termo de Responsabilidade junto à ANS na adesão ao projeto - piloto em APS;
- Realizado as atividades no âmbito do Projeto Cuidado Integral à Saúde, incluindo o envio dos dados dos indicadores solicitados; e
- Caso a operadora tenha se desligado voluntariamente do projeto no ano-base avaliado, não fará jus à pontuação.

➤ **Pontuação base = 0,15, caso a operadora cumpra os seguintes itens, em relação ao Parto Adequado:**

- Assinado Termo de Parceria com hospital para participação na adesão do Ciclo Intensivo da Fase 2 do Parto Adequado;
- Realizado as atividades previstas no âmbito do Projeto Parto Adequado de acordo com o cronograma pactuado para o ano-base avaliado;

- Apresentado redução da proporção de parto cesáreo em relação ao ano-base anterior maior do que 5% ou proporção de parto cesáreo menor ou igual a 45% no ano-base; e
- Caso a operadora tenha se desligado voluntariamente do projeto no ano-base avaliado, não fará jus à pontuação.

➤ **Pontuação base para Certificação em APS, de acordo com o Nível de Certificação*, caso a operadora cumpra os seguintes itens:**

- Obtido a Certificação ou Recertificação em APS, emitida por uma Entidade Acreditadora em Saúde reconhecida pela ANS;
- Para fins de pontuação, será considerada a data de emissão do certificado pela Entidade Acreditadora;
- A certificação deve ter estado vigente por pelo menos 180 dias do ano-base avaliado para pontuação;
- Caso tenha ocorrida perda da certificação por descumprimento dos pré-requisitos ou comprovação de irregularidades previstos na RN 506/2022 a operadora não fará jus à pontuação.

A Operadora receberá a pontuação de acordo com o Nível de Certificação obtido sendo:

Nível I: 0,30

Nível II: 0,25

Nível III: 0,20

Pontuação

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

As pontuações não são cumulativas. Caso a operadora participe em mais de um programa ou projeto fará jus à maior pontuação. Ou seja, a pontuação independe do número de programas ou certificações dos quais a operadora participe.

A pontuação correspondente ao resultado obtido pela operadora será representada na escala de zero a um de nota do indicador, conforme tabela a seguir. A escala é apenas ilustrativa. O cálculo da pontuação base incidirá de acordo com o resultado obtido no indicador, diretamente na dimensão IDQS.

Resultado do Indicador	Nota na escala de faixa entre 0 (zero) e 1 (um)
Certificação em APS Nível I: 0,30 no IDQS	1,0000
Certificação em APS Nível II: 0,25 no IDQS	0,8333
Certificação em APS Nível III: 0,20 no IDQS	0,6666
Participação no e Projeto-Piloto em APS: 0,10 no IDQS	0,3333
Participação no Projeto Parto Adequado – ciclo intensivo fase 2: 0,10 no IDQS	0,3333
Participação no Projeto Parto Adequado – ciclo intensivo fase 2 + (redução de 5% ou % de parto cesáreo <45): 0,15 no IDQS	0,5000
Operadora não participante dos Projetos de Indução	Operadora não pontuada

Interpretação

O indicador tem por objetivo incentivar a operadora participar do Programa de Certificação de Boas Práticas à Saúde ou dos Projetos de Indução da Qualidade propostos pela ANS de forma voluntária. Os programas e projetos apresentados pela ANS têm como objetivos, por um lado, a melhoria da qualidade e da

coordenação do atendimento prestado desde a porta de entrada do sistema e ao longo do continuum do cuidado, por outro, identificar modelos inovadores e viáveis.

O Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde – PCBp – foi instituído pela Resolução Normativa nº 440, de 13 de dezembro de 2018, que foi substituída pela Resolução Normativa nº 506, de 30 de março de 2022. A medida visa incentivar as operadoras de planos de saúde a desenvolverem um cuidado cada vez mais qualificado aos seus beneficiários, através da implantação de redes de atenção ou linhas de cuidado. As operadoras são certificadas por entidades acreditadoras reconhecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O Programa de Certificação em Atenção Primária à Saúde (APS), primeira iniciativa do PCBp, propõe um modelo inovador para a reorganização da porta de entrada na saúde suplementar com base em cuidados primários em saúde. A proposta é estimular a qualificação, o fortalecimento e a reorganização da atenção primária, por onde os pacientes devem ingressar preferencialmente no sistema de saúde.

O Projeto Cuidado Integral, projeto-piloto em APS, faz parte do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde e é uma fase preparatória para a solicitação, pelas operadoras de planos de saúde, da certificação em Atenção Primária à Saúde (APS). Desenvolvido em colaboração com o *Institute for HealthCare Improvement* (IHI), Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC e Hospital Alemão Oswaldo Cruz – HAOC, tem como objetivo subsidiar a implantação de projetos-piloto em APS na saúde

suplementar. A proposta é fortalecer a rede de cuidados baseada na atenção primária à saúde, que deve ser o acesso preferencial no sistema de saúde. A implementação da Atenção Primária à Saúde induz à melhoria da qualidade do modelo de atenção e a adoção de modelos de remuneração para geração de valor, com pagamento das operadoras de planos aos prestadores de serviços de saúde (hospitais, clínicas, profissionais etc) de acordo com os resultados de saúde obtidos.

Em relação ao parto adequado, busca identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas sem indicação clínica na saúde suplementar. Como consequência, será possível observar ao longo do tempo a utilização mais adequada dos recursos tanto por profissionais de saúde quanto por usuários/pacientes.

Dessa forma, a Pontuação Base aplica-se às operadoras de planos privados de assistência à saúde que têm desenvolvido estratégias alinhadas às propostas de reorientação do modelo de prestação de serviços de saúde.

Usos

Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde ao aprimoramento da qualidade do cuidado à saúde de modo a atender às expectativas dos beneficiários e a atingir desfechos consistentes com as evidências científicas correntes.

Fonte de Dados

Controles das equipes gestoras dos programas.

Limitação e vieses

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2008

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto

Adequado - fase 1 / Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement. – Rio de Janeiro: ANS, 2016.

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

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

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

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro: 2020. Disponível em:

https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/programa-de-certificacao-de-boas-praticas-em-atencao-a-saude/certificacao-em-atencao-primaria-a-saude-aps/manual_aps_inclusao_anexos_final.pdf

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa - RN Nº 506, de 30 de março de 2022. Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à

Saúde e Revoga as Resoluções Normativas nº 440, de 13 de dezembro de 2018, nº 450, de 06 de março de 2020, e nº 463, de 23 de novembro de 2020.

Disponível em:

<<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2Ng==>>.

Acesso em 26 jan. 2023.

1.12 Participação no Projeto de Modelos de Remuneração

Baseados em Valor (PONTUAÇÃO BASE de 0,10)

Nomenclatura Simplificada

Adoção de remuneração que considere o desempenho dos prestadores de serviços de saúde.

Conceito

Pontuação base atribuída ao resultado do Índice de Desempenho da Qualidade em Atenção à Saúde – IDQS, para as operadoras que participam do Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor no ano-base avaliado. Tem como objetivo induzir o setor para busca de alternativas para a forma de remunerar os prestadores de serviço em substituição ao *Fee For Service* exclusivo, desde que os novos modelos sejam centrados na perspectiva da melhoria da qualidade dos serviços prestados e não se baseiem exclusivamente na redução dos custos. . O foco dos modelos de remuneração baseados em valor deve ser alcançar bons resultados em saúde para os pacientes com um custo mais acessível tanto para os pacientes quanto para os planos de saúde, evitando-se focar somente na simples redução dos gastos (MILLER, 2017). Como objetivo específico o Projeto de Modelos de Remuneração Baseado em Valor deve contribuir de forma determinante para a melhoria da qualidade do cuidado de acordo com cada contexto clínico.

Método de Cálculo

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

Onde:

Pontuação base = 0,10 - referente à pontuação base dada pela participação no Projeto-Piloto Modelos de Remuneração baseados em valor

Em qualquer caso, o resultado do IDQS acrescido da pontuação base não poderá ultrapassar o valor 1 (um).

Para obter esta pontuação a operadora deverá:

- Ter apresentado e ter sido selecionado pela ANS para participar do projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor conforme Edital estabelecido pela ANS;
- Ter participado das atividades no âmbito do projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor, no ano-base avaliado, conforme cronograma estabelecido.

Interpretação do indicador

Este indicador pretende incentivar que as operadoras adotem modelos de Remuneração Baseados em Valor e alternativos ao *Fee for Service*, desde que os os modelos sejam centrados na perspectiva da melhoria da qualidade dos serviços prestados e não se baseiem exclusivamente na redução dos custos.

A remuneração baseada em valor prioriza a melhoria da atenção à saúde e, como consequência, a sustentabilidade do sistema. Valor em saúde é definido como a

relação entre os resultados que importam para os pacientes (desfechos clínicos) e o custo para atingir esses resultados (PORTER e TEISBERG, 2007).

Elizabeth Teisberg (2020) também propõe uma definição para o conceito de valor em Saúde: "Valor é a melhoria medida na saúde de uma pessoa em relação ao custo de sua obtenção", e além da definição, ressalta que, embora alguns atrelam a Assistência à Saúde Baseada em Valor à redução de custos, melhoria de qualidade ou satisfação do paciente, tais esforços – embora importantes – não são o mesmo que valor, que se concentra principalmente na melhoria dos desfechos em saúde do paciente. O objetivo central da transformação do cuidado baseado em valor é capacitar o sistema de saúde para criar mais valor para os pacientes. A implementação de modelos de assistência à saúde baseada em valor é uma aspiração que alinha os interesses de todos os *stakeholders* do sistema de saúde, incluindo prestadores, pacientes, planos de saúde, empregadores e governo. Assim, modelos de assistência à saúde baseada em valor têm o objetivo de induzir à reorganização da saúde suplementar de modo, impactar positivamente a cadeia produtiva e as relações dos diversos atores envolvidos.

Desta forma, esta Pontuação Base se aplica às operadoras de planos privados de assistência à saúde que foram selecionadas e participam efetivamente das atividades do projeto de modelos de remuneração de prestadores de serviços baseados em valor.

Por fim, os projetos também devem observar o alinhamento às diretrizes de modelos de remuneração de serviços de saúde constantes no *Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor* ANS: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto->

modelos-de-remuneracao-baseados-em-
valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf

Usos

Viabilizar a implementação efetiva de novos modelos de remuneração inovadores, centrados na perspectiva da melhoria da qualidade do cuidado em saúde e da sustentabilidade no âmbito da saúde suplementar, contribuindo para que o setor de saúde suplementar supere os desafios para a implementação de modelos alternativos ao Fee For Service.

Identificar e selecionar as experiências apresentadas pelas operadoras de planos de saúde, em conjunto com seus prestadores de serviços de saúde, que já trabalhem ou que estejam implementando modelos de remuneração inovadores e baseados em valor, para que possam ser acompanhadas ao longo do seu desenvolvimento.

Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços a utilizarem modelos de remuneração baseados em valor que contribuam para a sustentabilidade e o aprimoramento da qualidade do cuidado na saúde suplementar.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Brasil ainda utiliza hegemonicamente o modelo de Pagamento por Procedimento (*Fee For Service*), especialmente no setor privado, que induz a sobreutilização de procedimentos em saúde, sem a devida avaliação dos resultados em saúde (UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014; BICHUETTI e MERE JR., 2016; MILLER, 2014). Este fato é corroborado pelos dados da ANS, os quais

apontam que nos anos de 2019 e 2020, na saúde suplementar, menos de 2% dos valores pagos aos prestadores de serviços foram realizados por meio de outros modelos de remuneração alternativos ao *Fee For Service* – FFS (ANS, TISS/2021).

Limitação e vieses

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

ABICALAFFE, CL. Pagamento por Performance: O desafio de avaliar o desempenho em saúde no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: DOC Content, 2015. v. 1. 232p.

ABICALAFFE, CL. Saúde Baseada em Valor, um caminho para a saúde sustentável. In: ABEA – Associação Brasileira dos Enfermeiros Auditores. Auditoria: Gestão em Saúde. Fortaleza: Gráfica LCR; 2020b. p. 74-84.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS: Resolução Normativa - RN nº 501, de 30 de março de 2022

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: Resolução Normativa - RN nº 528, de 29 de abril de 2022.

BICHUETTI, J. L.; MERE JR., Y. A. Modelos de Remuneração na Saúde. Harvard Business Review Brasil, ago. 2016. Disponível em: https://bc.perssmatrix.com/pt-BR/profiles/3c24c670a5ee/editions/28565a058513d802c50f/preview_pages

BOACHIE, M. K. et al. Healthcare Provider - Payment Mechanisms: A Review of Literature. Journal of Behavioural Economics, Finance, Entrepreneurship,

Accounting and Transport, Vol. 2, No. 2, 41-46, 2014. Disponível em:
<http://pubs.sciepub.com/jbe/2/2/2>

CENTER FOR MEDICARE & MEDICAID INNOVATION. Evaluation and Monitoring of the Bundled Payments for Care Improvement Model 1 Initiative. Annual Report 2014. Baltimore, 2015

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. Archives of pathology & laboratory medicine, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

CHRISTENSEN, C. M. et al. – Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre, Bookman, 2009

INSTITUTE OF MEDICINE - IOM. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001

MAKDISSE M, RAMOS P, MALHEIRO D, et al. Value-based healthcare in Latin America: a survey of 70 healthcare provider organisations from Argentina, Brazil, Chile, Colombia and Mexico. BMJ Open 2022;12: e058198. doi: 10.1136/bmjopen-2021-058198

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965

MENDES, E.V. – Programa Mãe Curitibana: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná, estudo de caso. Lima, Organización Panamericana de la Salud, 2009

MILLER, H. D. From volume to value: better ways to pay for health care. *Health Affairs*, v. 28, n. 5, p. 1418-1428, 2009

MILLER, H. D. How to Create na Alternativa Payment Model – Executive Summary. Center for Healthcare Quality and Payment Reform, 2018. Disponível em:

http://www.chqpr.org/downloads/How_to_Create_an_Alternative_Payment_Model_ExecSumm.pdf

MILLER, H. D. Making the Business Case for Payment and Delivery Reform. Network for Regional Healthcare Improvement, Center for Healthcare Quality and Payment Reform, and Robert Wood Johnson Foundation, 2015a. Disponível em: <http://www.chqpr.org/downloads/BusinessCaseforPaymentReform.pdf>

MILLER, H.D. Reducing costs requires end to fee-for-service. *Mod Healthc*, 2014

MILLER. H. D. The Building Blocks of Successful Payment Reform: Designing Payment Systems that Support Higher- Value Health Care. NRHI Payment Reform Series No. 3. Network for Regional Healthcare Improvement, Center for Healthcare Quality and Payment Reform, and Robert Wood Johnson Foundation, 2015b. Disponível em:

<http://www.chqpr.org/downloads/BuildingBlocksofSuccessfulPaymentReform.pdf>

PORTRER, M. E.; TEISBERG, E. O. Repensando a saúde: estratégia para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Tradução: Cristina Bazan. Porto Alegre: Bookman, 2007

PORTRER, ME; LEE, T. The Strategy that Will Fix Health Care: Providers must lead the way in making value the overarching goal. Harvard Business Review. 2013.

TEISBERG, E; WALLACE, SJD, O'HARA, S. Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. Academic Medicine, 2020.

2 INDICADORES DA DIMENSÃO GARANTIA DE ACESSO – IDGA

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

Nomenclatura Simplificada

Renal Crônico

Conceito

Número médio de sessões de hemodiálise crônica realizadas por beneficiário de planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado.

Método de Cálculo

Número de sessões de hemodiálise crônica

Média de beneficiários em planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado (Benef)

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

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

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

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

Este indicador se aplica somente a operadoras que comercializam planos médico-hospitalares.

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

Definição de termos utilizados no Indicador

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

Número de Eventos de Utilização de Hemodiálise (NUH) - Total de eventos identificados de utilização da rede do SUS para Hemodiálise por beneficiários da operadora de saúde suplementar, tratados com estimativa baseada no histórico

de ressarcimento por meio da aplicação do fator de ajuste (taxa de indeferimento dos últimos 3 anos). Serão considerados os atendimentos dos ABIs que representam as competências lançadas no ano-base avaliado.

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

$$NUH_{ano-base} = f_{atendimentos\ de\ hemodiálise\ não\ impugnados} + (f_{atendimentos\ de\ hemodiálise\ impugnados} \times FA_{ano-base})$$

Onde:

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

- $FA_{ano-base}$ é o fator de ajuste que será aplicado sobre a quantidade total de atendimentos lançados no ano-base avaliado e que foram impugnados pelas operadoras. Este fator de ajuste será calculado pela média da taxa de indeferimento dos ABIs lançados nos três anos anteriores ao ano-base avaliado

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

A estimativa dos indeferimentos é realizada utilizando-se a média aritmética dos percentuais de indeferimentos dos três anos anteriores ao ano-base, conforme apresentado a seguir:

$$FA_{ano-base} = \frac{\text{Taxa Indef}_{ano-base-3} + \text{Taxa Indef}_{ano-base-2} + \text{Taxa Indef}_{ano-base-1}}{3}$$

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

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

Onde:

- $Taxa\ Indef_x$ é taxa de indeferimento dos atendimentos lançados no ano x, considerando apenas àqueles com decisão definitiva realizada até o momento de apuração do resultado do programa;
- $f_{atendimentos\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ indeferidos\ em\ 1^a\ inst.}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram julgados como indeferidos em 1^a instância, sem recurso, considerando apenas as decisões já notificadas às operadoras até o momento de apuração do resultado do programa;
- $f_{atendimentos\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ indeferidos\ em\ 2^a\ inst.}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram julgados como indeferidos em 2^a instância até o momento de apuração do resultado do programa;
- $f_{atendimentos\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ analisados\ em\ 1^a\ inst.}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram analisados em 1^a instância, sem recurso, julgados como deferidos ou indeferidos, considerando apenas as decisões já notificadas às operadoras até o momento de apuração do resultado do programa;

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

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

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

Para o cálculo da Taxa de Utilização do SUS, o cálculo da média de beneficiários (Benef) deverá utilizar as competências dos ABIs lançados no ano-base avaliado.

Interpretação do Indicador

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

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

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

Usos

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

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

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

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

Parâmetros e Dados Estatísticos

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

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

Para fins do Programa de Qualificação de Operadoras, adotou-se uma prevalência de 49,5 pacientes em hemodiálise crônica convencional por 100.000 beneficiários (83,0% de 59,6 por 100.000) e uma média de três sessões semanais (156 sessões por ano), resultando em cerca de 0,077 sessões por beneficiário por ano. Os dados de utilização do SUS do ano de 2017 indicam que na distribuição de utilização estimada por operadora dos procedimentos de hemodiálise com no máximo 3 sessões por semana (excluindo-se procedimentos pediátricos e em pacientes HIV positivos) por beneficiário, o percentil 80 do total de procedimentos ao ano por beneficiário situou-se em 0,006663. Ou seja, considera-se que 20% das operadoras apresentam alta utilização do SUS (acima de 0,006663). A classificação através de percentil se justifica após verificar que a análise dos dados apontou para uma concentração de maior utilização do SUS em um contingente de operadoras proporcionalmente reduzido em relação à quantidade total de operadoras. O resultado e a definição do critério de pontuação foram apurados após análises realizadas, considerando os dados dos ABI's mais recentes e a identificação das faixas de utilização histórica de cada operadora na curva de distribuição das ocorrências.

Meta

Apresentar um número de sessões de hemodiálise crônica superior a 0,062 sessões por beneficiário por ano, ou seja, cerca de 80% do valor esperado de 0,077 sessões por beneficiário por ano, e apresentar utilização do SUS próxima

de zero. Para fins deste indicador, considerou-se como alta utilização do SUS uma taxa de utilização estimada acima de 0,006663 ao ano.

Pontuação

Tratamento de dados: Após o cálculo do indicador, serão aplicados os métodos de padronização direta por Faixa Etária e Bayes Empírico.

A padronização direta por faixa etária tem por objetivo eliminar a influência causada no resultado do indicador pela composição quantitativa diferenciada das faixas etárias da população de beneficiários de cada operadora.

O Método Bayes Empírico é utilizado para ajuste de pequenas populações. Consiste em ajustar a taxa de um evento, encontrada em cada operadora, pela taxa média de todas as operadoras para aquele evento em questão, considerando o número de beneficiários de cada operadora e a dispersão dos valores das taxas entre as operadoras.

Somente após o cálculo do resultado padronizado do indicador é que a pontuação do indicador é calculada.

Para aplicação das metodologias de padronização, são utilizados os dados do setor, quais sejam: a proporção de beneficiários por faixa quinquenal de idade e parâmetros estatísticos, de todas as operadoras avaliadas.

Estes dados são disponibilizados anualmente no portal da ANS, em conjunto com os resultados do IDSS do ano-base avaliado, no documento intitulado “Parâmetros do Setor”.

A partir do resultado apurado, após a padronização, será atribuída a pontuação do indicador, conforme tabela a seguir.

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

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

Observação:

- (1) Será aplicado um fator de redução de 20% (0,8) para as operadoras que se situarem abaixo da meta de sessões de hemodiálise crônica e apresentarem uma alta utilização do SUS.
- (2) Será aplicado um fator de redução de 10% (0,9) para as operadoras que superarem a meta de sessões de hemodiálise crônica e apresentarem uma alta utilização do SUS.

Fonte de Dados

TISS (Troca De Informações da Saúde Suplementar)

SGR - Sistema de Gestão do Ressarcimento

SCI - Sistema de Controle de Impugnações

SIB - Sistema de Informações de Beneficiários

Observação:

Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).

Numerador:**Resultado:**

Quantidade de sessões de hemodiálise crônica: Código TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), nas guias de SP/SADT não vinculadas à internação 30909031 (Hemodiálise crônica - por sessão) e 30909155 -Hemodialfiltração online (HDF-OL). A contagem dos códigos TUSS considerará as quantidades informadas nas guias de SP/SADT não vinculadas à internação (no campo “QUANTIDADE INFORMADA DE PROCEDIMENTOS OU ITENS ASSISTENCIAIS” de cada guia).

Taxa de Utilização do SUS:

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

Denominador:

Resultado:

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

Taxa de Utilização do SUS:

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

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica (não é calculado)
A cobertura de hemodiálise em plano antigo não é regulamentada pela ANS	2	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	3	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	4	Inconsistente (nota zero)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	5	Inconsistente (nota zero)
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	6	Inconsistente (nota zero)
OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência. Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.	7	Inconsistente (nota zero)
OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	8	Inconsistente (nota zero)
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	9	Não se aplica (não é calculado)
OPS MH possui média de beneficiários = zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou tipo	10	Não se aplica (não é calculado)

Crítica	Prioridade	Resultado
de guia = 1 ou 2 (Consulta e SP/SADT não vinculado à internação)		
OPS exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	11	Não se aplica (não é calculado)
OPS possui no ano-base média de beneficiários menor que 2.000 na segmentação ambulatorial no SIB	12	Não se aplica (não é calculado)
(Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de beneficiários em planos que contêm a segmentação ambulatorial maior que zero) ou informou atendimentos em tipo de guia = 1, 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	13	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários > zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	14	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	15	Inconsistente (nota zero)
Resultado do indicador = zero; e; Taxa de Utilização do SUS = zero; e; OPS é de pequeno porte (< 20mil beneficiários)	16	Não se aplica (não é calculado)

Ações esperadas

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

Limitações e Vieses

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

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

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

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

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

Quando a operadora possui beneficiários em planos novos e beneficiários em planos não regulamentados, os beneficiários em planos antigos não podem ser excluídos do cálculo pois muitos possuem cobertura para hemodiálise e, se não forem considerados no processamento do indicador, não seria possível verificar eventuais situações de restrição de acesso aos serviços de diálise. Ademais, a ANS estimula que as operadoras realizem a adaptação de contratos, de forma que beneficiários de planos antigos possam ter acesso ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e às suas atualizações. Portanto, o resultado do indicador pode ser influenciado caso a operadora apresente também beneficiários em planos antigos, tendo em vista que as informações de cobertura de planos antigos só podem ser verificadas no contrato do beneficiário.

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e

Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou e revogou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

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

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

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

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

Nomenclatura Simplificada

Médico de Referência do Idoso

Conceito

Número médio de consultas ambulatoriais com médico generalista por idoso (60 anos ou mais) univocamente identificado, limitando-se a duas consultas por beneficiário no período considerado

Método de Cálculo

Número, até duas consultas ambulatoriais com médico generalista para idoso univocamente identificado na faixa etária de 60 anos ou mais

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

Consultas com Clínica Médica - Atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e

orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico, na especialidade de clínica médica em beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais.

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

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

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

Beneficiários univocamente identificados – Por meio do Cartão Nacional de Saúde – CNS é possível identificar cada beneficiário de forma unívoca. A identificação do beneficiário objetiva marcar o total de consultas com generalista ao ano, por idoso, usando o CNS para avaliar o acesso de cada idoso às consultas com generalistas. Desse modo, evita-se a contagem cumulativa de consultas de um mesmo beneficiário.

Número, até duas consultas ambulatoriais com médico generalista para idoso univocamente identificado na faixa etária de 60 anos ou mais –

Para cada beneficiário idoso univocamente identificado com 60 anos ou mais, será contabilizado o número de consultas realizadas com médico de referência, limitado em duas consultas. Ou seja, caso o mesmo beneficiário idoso realize três ou mais consultas no período de avaliação, serão contabilizadas somente duas.

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, univocamente identificado.

Usos

Avaliar o acesso dos idosos às consultas com o médico de referência generalista (Clínica Médica, Geriatria, Medicina de Família e Comunidade e Médico sem área específica na Medicina), para que seja realizado o cuidado integral ao idoso.

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

Possibilitar a pactuação entre operadoras e prestadores sobre a importância do cuidado integral ao idoso e a prevenção e a qualificação da atenção primária.

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

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

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

As Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) propõem a realização de 4 consultas por usuário 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", considera-se consultas com generalista, as consultas com médico com formação em Clínica Médica, Geriatria e Medicina de Família e Comunidade. O parâmetro é: 3 consultas ao ano com médico generalista para idosos.

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

Meta

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

Pontuação

Tratamento de dados: Após o cálculo do indicador, serão aplicados os métodos de padronização direta por sexo.

A padronização direta por sexo tem por objetivo eliminar a influência causada no resultado do indicador pela composição quantitativa diferenciada entre o sexo masculino e feminino da população de beneficiários de cada operadora.

Para aplicação das metodologias de padronização, são utilizados os dados do setor, quais sejam: a proporção de idosos por sexo (M ou F) de todas as operadoras avaliadas.

Estes dados são disponibilizados anualmente no portal da ANS, em conjunto com os resultados do IDSS do ano-base avaliado, no documento intitulado “Parâmetros do Setor”.

A partir do resultado apurado, após a padronização, será verificada a pontuação do indicador, conforme tabela a seguir.

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

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

Fonte de Dados

TISS e SIB

Observações:

1 - Para a correta identificação unívoca do beneficiário, a operadora deverá observar o correto preenchimento do CNS - Cartão Nacional de Saúde tanto na Guia TISS quanto no SIB. Caso não haja o correto preenchimento do CNS tanto na Guia TISS quanto no SIB, o beneficiário não será considerado para o cálculo do indicador.

2- Caso mais de 20% do total de CNS informados no TISS pela operadora não sejam encontrados (inexistentes) na base do Sistema de Informação de beneficiários - SIB ou não sejam válidos, será atribuída inconsistência ao indicador e a operadora obterá nota Zero.

3- Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).

Numerador: Códigos TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), nas guias de consultas ou SP/SADT não vinculada à internação 10101012 (Consulta em consultório no horário normal ou preestabelecido) ou 20101236 (Avaliação geriátrica ampla – AGA) com CBO 225125 (Médico clínico), 225130 (Médico de família e comunidade), 225170 (Médico generalista) ou 225180 (Médico geriatra), para beneficiários com 60 anos ou mais, univocamente identificado, na data de realização do exame.

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

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E	2	Não se aplica (não é calculado)

Crítica	Prioridade	Resultado
não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_		
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente (nota zero)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente (nota zero)
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente (nota zero)
OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência. Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.	6	Inconsistente (nota zero)
OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	7	Inconsistente (nota zero)
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	8	Não se aplica (não é calculado)
OPS MH possui média de beneficiários = zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou tipo de guia = 1 ou 2 (Consulta e SP/SADT não vinculado à internação)	9	Não se aplica (não é calculado)
OPS exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	10	Não se aplica (não é calculado)

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS possui no ano-base média de beneficiários com 60 anos ou mais igual a zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou no TISS nenhuma consulta ambulatorial com generalista em beneficiário de 60 anos ou mais	11	Não se aplica (não é calculado)
(Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de beneficiários em planos que contêm a segmentação ambulatorial maior que zero) ou informou atendimentos em tipo de guia = 1, 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	12	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários > zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	13	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	14	Inconsistente (nota zero)
Operadora possui nas guias TISS do ano-base 20% ou mais de CNS inexistentes no SIB	15	Inconsistente (nota zero)

Ações esperadas

Ampliar o acesso de idosos ao médico de referência (médico clínico, médico de família e comunidade, médico generalista ou geriatra) como forma de oferecer o cuidado integral à saúde do idoso.

Identificar as necessidades de saúde dos idosos e melhorar a cobertura assistencial específica para este ciclo de vida, contemplando estratégias de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

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

Facilitar a pactuação entre operadoras e prestadores sobre a importância do processo de qualificação da atenção ao idoso.

Adotar 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.

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias

operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

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. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

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

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

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

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

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

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

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

Nomenclatura Simplificada

Acesso a Urgência e Emergência 24 Horas

Conceito

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

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

A Utilização de Prestadores de Urgência/Emergência 24 Horas que compõem a Rede da Operadora representa a proporção de estabelecimentos de urgência/emergência cadastrados na rede assistencial dos planos na área de atuação dos produtos, dentre aqueles estabelecimentos de urgência/emergência 24 Horas na área de atuação dos produtos que foram efetivamente utilizados pelos beneficiários da operadora. Serão considerados os prestadores com data de vinculação igual ou anterior a 31 de dezembro do ano-base avaliado.

Método de Cálculo

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

Definição de termos utilizados no Indicador

Área de Atuação dos Produtos - Especificação dos municípios ou UF, nos quais a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas assistenciais, de acordo com a Área de Abrangência Geográfica registrada no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS, conforme definido no anexo II da RN nº 543, de 02 de setembro de 2022, e suas posteriores alterações.

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

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

Municípios com Disponibilidade de Serviços de Urgência e Emergência -

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

Serão considerados para a quantificação dos municípios os estabelecimentos informados no RPS com marcação de Urgência e Emergência e classificados no CNES na seção Atendimentos Prestados, Tipos de Atendimento “Urgência”, que possuam ao menos um convênio diferente de “SUS”.

Também serão considerados como válidos os estabelecimentos identificados na Tabela de Prestadores Ativos do CNES com o motivo de desativação preenchido, conforme lista abaixo:

MOTIVO DE DESATIVAÇÃO	Descrição
1	DESATIVADO TEMPORARIAMENTE PELA VIGILANCIA SANITARIA
2	DESATIVADO TEMPORARIAMENTE POR DECISAO JUDICIAL
3	DESATIVADO TEMPORARIAMENTE POR REFORMA
6	DESATIVADO PELO GESTOR POR DESATUALIZACAO CADASTRAL POR PERIODO SUPERIOR A 1 ANO
8	DESATIVADO AUTOMATICAMENTE POR NAO ATUALIZACAO CADASTRAL SUPERIOR A 6 MESES
9	ESTABELECIMENTO COM INCONSISTENCIAS NO SCNES DA SES/SMS
14	DESATIVADO PELO GESTOR POR INCONSISTENCIA DE DADOS NA TRANSMISSAO DIRETA

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

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

A identificação do estabelecimento informado no RPS e no CNES será a partir da chave dupla CNES + Município.

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

No cálculo do denominador serão considerados apenas os municípios que apresentam disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24 horas não exclusivos do Sistema Único de Saúde - SUS, segundo a informação contida no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS.

Também serão considerados como válidos os prestadores identificados na Tabela de Prestadores Ativos do CNES com o motivo de desativação preenchido, conforme lista abaixo:

MOTIVO DESATIVAÇÃO	DESCRIÇÃO
1	DESATIVADO TEMPORARIAMENTE PELA VIGILANCIA SANITARIA
2	DESATIVADO TEMPORARIAMENTE POR DECISAO JUDICIAL
3	DESATIVADO TEMPORARIAMENTE POR REFORMA
6	DESATIVADO PELO GESTOR POR DESATUALIZACAO CADASTRAL POR PERIODO SUPERIOR A 1 ANO
8	DESATIVADO AUTOMATICAMENTE POR NAO ATUALIZACAO CADASTRAL SUPERIOR A 6 MESES
9	ESTABELECIMENTO COM INCONSISTENCIAS NO SCNES DA SES/SMS
14	DESATIVADO PELO GESTOR POR INCONSISTENCIA DE DADOS NA TRANSMISSAO DIRETA

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

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

Disponibilidade de Serviços de Urgência e Emergência 24 horas - A disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24 horas será verificada a partir da informação do CNES, conforme descrito abaixo.

<p style="text-align: center;">Urgência e Emergência 24H</p>	<p>I. Se possuir no menu “Relatórios”, seção “Turnos de Atendimento” algum item com Código 06 e Descrição “Atendimento Contínuo de 24 horas/dia (Plantão: inclui sábados, domingos e feriados)”, e:</p> <p>II.</p> <p>a) Se possuir no menu “Relatórios”, seção “Tipos de Estabelecimentos” algum item com Código 20, 21 ou 73 e Descrição “PRONTO SOCORRO GERAL”, “PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO” ou “PRONTO ATENDIMENTO”, respectivamente. consulta</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 PSIQUIATRICO”, “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>
---	---

A ANS disponibiliza, no espaço operadoras, na divulgação dos resultados preliminares, planilha contendo a relação de prestadores cadastrados no CNES

(utilizado na data de corte do IDSS) onde constam as informações para a verificação da dispersão de rede.

Estabelecimentos de urgência/emergência cadastrados na rede**assistencial dos planos da operadora e utilizados pelos beneficiários da**

operadora - Prestadores informados no RPS com marcação de Urgência e Emergência e classificados como de urgência/emergência 24 horas, segundo os mesmos critérios adotados pela parte de “dispersão” quanto ao CNES, localizados na área de atuação dos produtos conforme Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS e efetivamente utilizados pelos beneficiários, conforme o Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar - TISS. Portanto, é necessário atender a essas duas condições ao mesmo tempo.

A identificação do estabelecimento informado no RPS e no CNES será a partir da chave dupla CNES + Município.

Estabelecimentos de urgência/emergência utilizados pelos beneficiários

da operadora - Prestadores identificados como de urgência/emergência, segundo os mesmos critérios adotados pela parte de “dispersão” quanto ao CNES, localizados na área de atuação dos produtos conforme Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS e informados no Sistema de Troca de Informações na Saúde Suplementar - TISS em decorrência da sua utilização pelos beneficiários da operadora. São considerados os prestadores informados na guia do TISS que também atendem os critérios do CNES, considerando-se a informação do município, que consta do CNES, e não aquela informada no TISS.

Serão considerados, inclusive, estabelecimentos que não estejam vinculados à rede assistencial da própria operadora, em atendimento às disposições da RN 566/2022.

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

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

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

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

Critérios de Exclusão

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

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

Serão desconsiderados os produtos de segmentação assistencial “Odontológico”, exclusivamente.

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

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

- a) “Tipo de Guia 2 - SP/SADT não vinculado a internação” e “Caráter de Atendimento - urgência/emergência” e “Origem de Guia 4 – Reembolso”, desde que haja indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para exames complementares e/ou terapias e/ou atendimento ambulatorial e/ou procedimentos não pertencentes ao Rol Médico-Hospitalar no plano no Sistema de Registro de Produtos; e/ou
- b) “Tipo de Guia 3 - Resumo de internação” e “Caráter de Atendimento - urgência/emergência” e “Origem de Guia 4 – Reembolso”, desde que haja

indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para internação no plano no Sistema de Registro de Produtos.

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador.

Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica (não é calculado)
OPS com 100% dos planos cancelados OU 100 % transferidos OU 100% SCPA OU 100% cancelados + transferidos + SCPA	2	Não se aplica (não é calculado)

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS com 100% de planos com registro provisório OU 100% registro provisório + planos SCPA + cancelados + transferidos	3	Inconsistente (nota zero)
Operadora sem área de atuação (exclui operadora com 100% de planos antigos).	4	Inconsistente (nota zero)
OPS com 100% de planos (RPS) que opera com livre escolha.	5	Não se aplica (não é calculado)
OPS sem rede informada no RPS	6	Inconsistente (nota zero)
OPS não possui prestadores de Urgência e Emergência no RPS	7	Inconsistente (nota zero)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	8	Inconsistente (nota zero)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	9	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	10	Inconsistente (nota zero)
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	11	Inconsistente (nota zero)
OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência. Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.	12	Inconsistente (nota zero)
OPS com rede informada, mas 100% sem CNES na área de atuação informada no RPS	13	Inconsistente (nota zero)

Crítica	Prioridade	Resultado
100% prestadores classificados no campo "Natureza Jurídica" como Administração Direta	14	Inconsistente (nota zero)
100% prestadores serviços de urgência e emergência 24 Horas exclusivos do Sistema Único de Saúde – SUS	15	Inconsistente (nota zero)
100% de "Tipo de Guia 2 - SP/SADT não vinculado a internação" e "Caráter de Atendimento - eletivo" e/ou 100% de Tipo de Guia 3 - Resumo de internação" e "Caráter de Atendimento - eletivo"	16	Inconsistente (nota zero)
100% de "Tipo de Guia 2 - SP/SADT não vinculado a internação" e "Caráter de Atendimento - urgência/emergência" E Origem de Guia 4 – Reembolso – Contratual*, e/ou "Tipo de Guia 3 - Resumo de internação" e "Caráter de Atendimento - urgência/emergência" E Origem de Guia 4 – Reembolso – Contratual*. *Origem de Guia 4 – Reembolso -Contratual - desde que haja indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para internação e/ou exames complementares e/ou terapias e/ou atendimento ambulatorial e/ou procedimentos não pertencentes ao Rol Médico-Hospitalar no Sistema de Registro de Produtos.	17	Não se aplica (não é calculado)
OPS com denominador zero para o indicador ou que não teve o indicador calculado por outros motivos	18	Não se aplica (não é calculado)

Interpretação do Indicador

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

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

Usos

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

Verificar a utilização de prestadores de urgência/emergência que não compõem a rede da operadora, apontando o uso de alternativas para o atendimento (RN 566/2022).

Meta

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

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

Pontuação

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

V= (Resultado da Fórmula)/100

Fonte

RPS - Sistema de Registro de Planos de Saúde

MS/DATASUS/CNES

TISS - Sistema de Troca de Informações na Saúde Suplementar

Observação:

Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

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

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

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

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

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

Limitações e Vieses

Problemas referentes à qualidade de preenchimento e cobertura do CNES.

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

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

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

BRASIL/ANS. Resolução Normativa - RN nº 543, de 02 de setembro de 2022, e suas posteriores alterações, dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências.

.....Instrução Normativa (IN) ANS nº 28, de 16 de dezembro de 2022, dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos, previstos na Resolução Normativa - RN nº 543, de 02 de setembro de 2022.

.....Resolução Normativa - RN nº 566, de 29 de dezembro de 2022, dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.

.....Resolução Normativa - RN nº 501, de 30 de março de 2022, estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar- Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde.

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

1)

Nomenclatura Simplificada

Consulta com Dentista

Conceito

Esse indicador tem como objetivo avaliar a ida ao dentista anualmente para mensurar o acesso à prevenção de doenças e promoção da saúde bucal. É representado pelo número médio de primeiras consultas odontológicas por beneficiário da operadora no período considerado.

Método de cálculo

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

Definição de termos utilizados no indicador

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

Beneficiário univocamente identificado - Por meio do Cartão Nacional de Saúde – CNS é possível identificar cada beneficiário de forma unívoca. A

identificação do beneficiário objetiva marcar a primeira consulta ao dentista no ano, usando o CNS para não haver repetição. É importante ressaltar que o não preenchimento do CNS nas Guias TISS e no Sistema de Informação de Beneficiários – SIB impede o adequado cálculo do indicador, impactando no resultado.

Interpretação do indicador

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

A importância do acesso ao dentista pode ser percebida observando-se a melhora dos indicadores no sistema público de saúde. Atualmente o SUS emprega cerca de 30% dos dentistas do país. São 64.826 profissionais atuando na rede pública. Em 2002, este número era de 43.205, o que significa um aumento de 50%. As Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica estão em 90% (5.013) dos municípios beneficiando mais 81 milhões de brasileiros. O investimento reflete no acesso da população aos dentistas. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE, entre 2003 e 2008 houve um acréscimo de 17,5 milhões de pessoas com acesso aos cuidados odontológicos. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010 acrescenta mais alguns dados relevantes: 44% das crianças aos

12 anos estão livres de cáries (em 2003 eram 32%), 1,6 milhões de dentes deixaram de ser afetados pela cárie, deixando o Brasil entre no grupo de países com baixa incidência de cárie, segundo a OMS. Nos adultos, diminuiu em 45% o número de dentes perdidos por cárie e aumentou em 70% o número de dentes tratados.

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 melhoria das condições de saúde bucal.

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

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.

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.

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.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O 11º Congresso Mundial de Odontologia Preventiva (WCPD) foi realizado de 3 a 6 de outubro de 2017 em Nova Delhi, na Índia. O Congresso foi organizado em conjunto pela Associação Internacional de Pesquisa Odontológica (IADR) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Mais de 200 pessoas de 34 países participaram do congresso. No congresso, os participantes reafirmaram o compromisso da comunidade de saúde bucal com a agenda global das doenças não transmissíveis - DNTs e a realização dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável - ODS, enfatizando a importância da integração de abordagens multifatoriais para a prevenção do câncer bucal, cárie dentária, doença periodontal e outras doenças orais, o que demonstra o compromisso da comunidade científica internacional em saúde bucal com as abordagens preventivas nessa área (WHO, 2017).

https://www.who.int/oral_health/events/congress-preventive-dentistry-oct2017-outcomes/en/

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-ODONTOPEDIATRIA, 2009).

Seguem dados relativos à frequência de dentes cariados, perdidos e obturados a partir dos cinco anos de idade nas diversas faixas etárias:

Média do Índice CEO-D (5 anos), CPO-D (demais idades) e proporção dos componentes em relação ao CEO-D ou CPO-D total, segundo o grupo etário e as regiões

Idade	Região	Higido		Cariado		Obt/Cariado		Obturado		Perdido		CEO-D/CPO-D		
		n	Média	Média	%	Média	%	Média	%	Média	%	Média	IC (95%)	
													L.I.	
5 a 10	Norte	1.774	15,04	3,04	90,2	0,07	2,1	0,15	4,5	0,11	3,3	3,37	2,93	3,81
	Nordeste	2.109	15,99	2,55	88,2	0,07	2,4	0,20	6,9	0,08	2,8	2,89	2,40	3,39
	Sudeste	1.283	16,57	1,59	75,7	0,09	4,3	0,38	18,1	0,04	1,9	2,10	1,79	2,42
	Sul	927	16,49	2,01	80,7	0,09	3,6	0,34	13,7	0,05	2,0	2,49	1,97	3,02
	Centro-Oeste	1.124	15,96	2,43	81,0	0,09	3,0	0,41	13,7	0,06	2,0	3,00	2,69	3,31
	Brasil	7.217	16,38	1,95	80,2	0,08	3,3	0,33	13,6	0,06	2,5	2,43	2,22	2,63
12 anos	Norte	1.703	22,69	2,13	67,4	0,14	4,4	0,65	20,6	0,24	7,6	3,16	2,55	3,76
	Nordeste	2.021	23,33	1,81	68,8	0,10	3,8	0,50	19,0	0,22	8,4	2,63	2,02	3,24
	Sudeste	1.339	23,30	0,78	45,3	0,07	4,1	0,77	44,8	0,11	6,4	1,72	1,36	2,08
	Sul	1.005	23,00	1,13	54,9	0,12	5,8	0,76	36,9	0,04	1,9	2,06	1,66	2,45
	Centro-Oeste	1.179	22,75	1,52	57,8	0,15	5,7	0,87	33,1	0,09	3,4	2,63	2,14	3,13
	Brasil	7.247	23,18	1,12	54,1	0,09	4,3	0,73	35,3	0,12	5,8	2,07	1,81	2,33
15 a 19 anos	Norte	1.344	23,00	3,17	56,2	0,16	2,8	1,37	24,3	0,95	16,8	5,64	5,06	6,23
	Nordeste	1.419	24,20	2,17	47,9	0,16	3,5	1,65	36,4	0,54	11,9	4,53	4,04	5,01
	Sudeste	910	24,62	1,13	29,5	0,11	2,9	2,28	59,5	0,31	8,1	3,83	3,23	4,43
	Sul	810	23,32	1,17	29,2	0,25	6,2	2,38	59,4	0,21	5,2	4,01	3,35	4,67
	Centro-Oeste	884	22,51	2,22	37,4	0,74	12,5	2,60	43,8	0,38	6,4	5,94	5,20	6,69
	Brasil	5.367	24,09	1,52	35,8	0,18	4,2	2,16	50,8	0,38	8,9	4,25	3,86	4,65
35 a 44 anos	Norte	2.520	13,22	2,59	14,0	0,49	2,8	3,60	20,6	10,83	61,9	17,51	16,76	18,25
	Nordeste	2.404	14,17	1,99	12,0	0,41	2,5	5,31	31,9	8,92	53,7	16,62	16,01	17,23
	Sudeste	1.586	13,92	1,32	8,1	0,41	2,5	7,88	48,2	6,74	41,2	16,36	15,69	17,02
	Sul	1.619	12,34	1,15	6,5	0,55	3,1	8,20	46,7	7,66	43,6	17,56	16,44	18,60
	Centro-Oeste	1.435	12,51	2,05	11,6	0,64	3,6	6,65	37,7	8,33	47,2	17,66	16,74	18,59
	Brasil	9.564	13,53	1,48	8,8	0,46	2,7	7,33	43,8	7,48	44,7	16,75	16,29	17,21
65 e 74 anos	Norte	1.722	3,19	0,81	2,9	0,11	0,4	0,54	1,9	26,81	94,9	28,26	27,64	28,88
	Nordeste	2.271	4,11	0,84	3,1	0,09	0,3	1,08	4,0	25,18	92,6	27,20	26,66	27,73
	Sudeste	1.277	3,55	0,43	1,6	0,10	0,4	1,79	6,5	25,32	91,6	27,65	26,90	28,39
	Sul	1.148	3,61	0,54	2,0	0,13	0,5	1,83	6,8	24,60	90,8	27,10	25,98	28,23
	Centro-Oeste	1.091	3,60	0,65	2,4	0,13	0,5	1,05	3,8	25,66	93,3	27,49	26,60	28,37
	Brasil	7.509	3,60	0,52	1,9	0,10	0,4	1,62	5,9	25,29	91,9	27,53	27,03	28,04

Fonte: SB Brasil 2010 (Brasil, 2012).

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 e 19 anos, ¼ dos adultos entre 35 e 44 anos e 14% dos idosos.

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

Fonte: SB Brasil 2010 (Brasil, 2012).

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

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

Fonte: SB Brasil 2010 (Brasil, 2012).

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

	n	Região														Brasil			
		Norte			Nordeste			Sudeste			Sul			Centro-Oeste					
		%	IC (95%)	L.I.	%	IC (95%)	L.I.	L.S.	%	IC (95%)	L.I.	L.S.	%	IC (95%)	L.I.	L.S.	%	IC (95%)	L.I.
Consulta ao dentista pelo menos uma vez na vida																			
Não	688	14,5	7,7	25,6	8,8	6,3	12,1	6,7	4,5	10,1	3,9	2,3	6,6	9,7	3,7	23,2	7,1	5,4	9,3
Sim	9.005	84,1	73,1	91,2	90,7	87,3	93,2	91,9	87,8	94,6	95,4	92,4	97,2	90,3	76,8	96,3	91,7	89,2	93,7
Não sabe/Não respondeu	85	1,3	0,8	2,4	0,6	0,3	1,2	1,4	0,4	4,6	0,7	0,2	2,3	0,0	0,0	0,0	1,1	0,4	2,8
Frequência da consulta																			
Menos de 1 ano	4.543	44,2	38,3	50,2	51,0	47,2	54,7	46,5	42,3	50,9	59,2	54,4	63,9	46,4	42,5	50,3	49,1	46,3	51,9
1 a 2 anos	2.446	28,6	24,7	32,9	25,1	22,7	27,6	28,8	25,6	32,2	25,8	22,3	29,6	24,3	21,7	27,2	27,6	25,5	29,8
3 ou mais anos	1.914	25,3	21,3	29,8	22,8	20,1	25,6	24,3	20,5	28,6	14,7	12,0	17,8	27,1	23,5	31,1	22,7	20,2	25,3
Não sabe/Não respondeu	79	2,0	0,9	4,1	1,2	0,5	2,8	0,4	0,2	0,8	0,3	0,1	1,1	2,1	0,6	7,9	0,6	0,4	1,0
Onde consultou																			
Serviço Público	3.574	47,7	42,4	53,1	41,3	37,5	45,2	38,2	32,0	44,8	31,8	25,1	39,4	44,3	37,3	51,5	38,3	34,2	42,5
Serviço Particular	3.986	38,0	33,2	43,0	41,8	38,8	44,9	51,6	45,0	58,2	50,0	44,6	55,5	43,8	36,8	51,0	49,1	45,0	53,2
Plano de Saúde/Convênios	1.295	11,5	8,8	14,9	15,0	12,8	17,5	9,5	7,5	11,9	17,4	13,1	22,8	10,2	8,3	12,5	11,6	10,0	13,3
Outros	123	2,0	0,8	4,8	1,5	0,9	2,5	0,6	0,3	1,3	0,5	0,2	1,0	1,6	0,7	3,8	0,8	0,6	1,2
Não sabe/Não respondeu	26	0,7	0,2	2,4	0,4	0,1	1,6	0,1	0,0	0,5	0,3	0,1	1,1	0,1	0,0	0,7	0,2	0,1	0,4
Qual foi o motivo da última consulta																			
Revisão e/ou prevenção	1.961	18,0	14,4	22,3	20,2	17,5	23,1	19,7	17,0	22,7	31,2	25,8	37,2	15,5	12,8	18,7	21,4	19,4	23,6
Dor	1.298	16,2	13,7	19,1	12,2	10,3	14,4	17,3	14,4	20,7	12,4	10,2	14,9	16,4	14,1	19,0	15,8	13,9	17,9
Extração	1.628	25,1	21,0	29,7	24,8	22,1	27,7	13,4	10,3	17,2	12,7	9,5	16,7	18,7	15,9	21,9	15,3	13,2	17,7
Tratamento	3.874	38,3	34,1	42,6	40,4	37,0	43,9	46,8	42,9	50,7	41,0	36,4	45,7	45,7	41,9	49,6	44,6	42,0	47,2
Outros	209	1,9	0,9	4,0	1,6	1,1	2,4	2,8	1,7	4,6	2,7	1,5	4,8	3,2	2,0	5,1	2,6	1,9	3,7
Não sabe/Não respondeu	31	0,5	0,2	1,3	0,9	0,4	2,0	0,1	0,0	0,3	0,1	0,0	0,5	0,2	1,5	0,2	0,1	0,3	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%)	L.I.	L.S.	%	IC (95%)	L.I.	L.S.	%	IC (95%)	L.I.	L.S.	%	IC (95%)	L.I.	L.S.	%	IC (95%)	L.I.	L.S.	
Consulta ao dentista pelo menos uma vez na vida																						
Não	1.058	28,5	16,8	44,1	16,5	11,1	23,9	14,1	8,9	21,6	9,1	5,1	15,7	22,0	14,3	32,3	14,7	11,0	19,5			
Sim	6.423	68,0	52,5	80,3	81,3	74,1	86,9	85,2	77,4	90,6	89,1	82,5	93,3	76,6	66,6	84,3	84,0	79,1	88,0			
Não sabe/Não respondeu	138	3,5	1,7	7,1	2,2	1,2	4,0	0,7	0,2	2,3	1,9	0,5	6,2	1,4	0,5	3,7	1,2	0,7	2,1			
Frequência da consulta																						
Menos de 1 ano	2.041	22,0	16,8	28,4	32,2	28,8	35,9	31,0	25,3	37,2	30,4	24,8	36,7	26,4	21,8	31,6	30,4	26,6	34,4			
1 a 2 anos	1.232	17,0	12,6	22,4	18,7	16,2	21,5	22,3	18,2	27,0	17,5	13,2	22,8	20,1	16,5	24,4	20,8	18,0	23,9			
3 ou mais anos	2.778	52,7	46,8	58,5	43,9	39,5	48,4	39,7	35,0	44,7	46,7	40,5	53,0	47,5	41,2	53,9	42,3	39,0	45,7			
Não sabe/Não respondeu	314	8,3	5,0	13,3	5,2	3,3	7,9	7,0	3,5	13,7	5,4	2,4	11,6	6,0	3,4	10,3	6,5	4,0	10,6			
Onde consultou																						
Serviço Público	2.084	41,5	35,3	48,0	41,8	37,5	46,3	26,0	20,5	32,3	28,8	23,4	34,8	32,1	26,8	38,0	28,9	25,2	33,0			
Serviço Particular	3.472	43,5	36,6	50,6	43,8	39,7	47,9	62,8	55,7	69,4	61,9	55,8	67,7	57,9	51,3	64,2	59,8	55,2	64,2			
Plano de Saúde/Convênios	591	4,6	3,3	6,5	9,7	7,8	11,8	7,3	5,0	10,7	6,5	4,4	9,4	5,8	4,2	8,0	7,2	5,5	9,3			
Outros	156	6,1	2,7	12,9	3,0	2,0	4,4	1,5	0,6	3,7	2,1	0,7	6,0	2,6	1,4	4,8	2,0	1,2	3,2			
Não sabe/Não respondeu	105	4,3	1,0	17,3	1,8	1,1	2,8	2,4	1,2	4,6	0,7	0,2	2,0	1,6	0,6	3,7	2,1	1,2	3,5			
Qual foi o motivo da última consulta																						
Revisão e/ou prevenção	782	7,0	3,3	14,3	10,4	8,5	12,7	14,1	10,2	19,3	13,0	9,7	17,1	5,7	3,9	8,3	12,8	10,1	16,1			
Dor	512	7,7	5,6	10,6	8,2	6,1	11,0	8,2	5,7	11,6	9,2	6,5	12,9	9,5	6,7	13,2	8,4	6,6	10,6			
Extração	2.005	46,2	39,3	53,3	40,4	37,1	43,8	24,0	17,6	31,9	22,9	18,4	28,1	35,9	28,4	44,1	26,9	22,6	31,8			
Tratamento	2.262	24,9	18,3	33,0	30,1	26,8	33,5	38,2	30,1	47,0	38,3	31,3	45,9	36,5	31,3	42,0	36,8	31,4	42,5			
Outros	764	13,9	8,9	21,0	9,1	7,0	11,7	13,9	9,1	20,7	15,5	9,1	25,1	11,3	7,9	15,9	13,6	10,1	18,0			
Não sabe/Não respondeu	77	0,3	0,1	0,5	1,8	1,1	2,9	1,6	0,7	3,4	1,2	0,5	2,9	1,2	0,3	4,0	1,5	0,8	2,5			

Fonte: SB Brasil 2010 (Brasil, 2012).

A Portaria GM/MS no. 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015, estabelece o parâmetro de 1 consulta odontológica programática/ano no âmbito da população a ser coberta no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Meta

O ideal é que cada beneficiário com 2 anos ou mais de idade faça pelo menos uma consulta anual com dentista para que sejam assegurados os procedimentos preventivos e orientação em saúde bucal.

Considerando a necessidade de busca ativa desses pacientes, a alta rotatividade dos beneficiários em planos odontológicos, a meta para esse indicador é atingir 50% do ideal, ou seja, um resultado igual ou superior a 0,5 primeira consulta odontológica por beneficiário univocamente identificado, no período considerado.

Pontuação

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

$$V = ((0,1 < \text{Resultado} < 0,5) - 0,1) / 0,4$$

Fonte de Dados

TISS e SIB

Numerador: Códigos TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), nas guias de tratamento odontológico 81000065 (Consulta odontológica inicial) e 81000030 (Consulta Odontológica) para o beneficiário univocamente identificado pelo número CNS, com 2 anos ou mais de idade na data da consulta (soma da quantidade de 1^a consulta no ano).

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

Observações:

1 - Para a correta identificação unívoca do beneficiário, a operadora deverá observar o correto preenchimento do CNS - Cartão Nacional de Saúde tanto na

Guia TISS quanto no SIB. Caso não haja o correto preenchimento do CNS tanto na Guia TISS quanto no SIB, o beneficiário não será considerado para o cálculo do indicador.

2 - Caso mais de 20% do total de CNS informados no TISS pela operadora não sejam encontrados (inexistentes) na base do Sistema de Informação de beneficiários - SIB ou não sejam válidos, será atribuída inconsistência ao indicador e a operadora obterá nota Zero.

3 - Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação),

é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que **durante o processamento**, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS não possui beneficiários odontológicos nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	2	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente (nota zero)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente (nota zero)
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente (nota zero)
OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência. Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.	6	Inconsistente (nota zero)
OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	7	Inconsistente (nota zero)

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS MH que possui média de beneficiários na segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e não informou tipo de guia = 4 (Guia de Tratamento Odontológico GTO)	8	Não se aplica (não é calculado)
OPS possui no ano-base média de beneficiários com 2 anos ou mais de idade igual a zero na segmentação odontológica no SIB e não informou no TISS nenhuma consulta ao dentista em beneficiário com 2 anos ou mais de idade	9	Não se aplica (não é calculado)
OPS MH que possui média de beneficiários na segmentação odontológica do SIB maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e não informou atendimentos em tipo de guia = 4	10	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários > zero para a segmentação odontológica do SIB e não informou atendimentos em tipo de guia = 4	11	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários =zero na segmentação odontológica do SIB e Informou atendimentos em tipo de guia = 4	12	Inconsistente (nota zero)
Operadora possui nas guias TISS do ano-base 20% ou mais de CNS inexistentes no SIB	13	Inconsistente (nota zero)

Ações esperadas

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.

Limitações e vieses

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.

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

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. 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 GM/MS no. 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. Disponível em:
<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/50230-saude-bucal-cuidado-com-os-dentes-e-fundamental>

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.

Organização Mundial de Saúde, 2017 disponível em:

https://www.who.int/oral_health/events/congress-preventive-dentistry-oct2017-outcomes/en/

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

Nomenclatura Simplificada

Acesso ao Dentista

Conceito

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

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

A Utilização de Prestadores Odontológicos que compõem a Rede da Operadora representa a proporção de estabelecimentos odontológicos cadastrados na rede assistencial dos planos na área de atuação dos produtos, dentre aqueles estabelecimentos odontológicos cadastrados na rede assistencial dos planos na área de atuação dos produtos que foram efetivamente utilizados pelos beneficiários da operadora. Serão considerados os prestadores com data de vinculação igual ou anterior a 31 de dezembro do ano-base avaliado.

Método de Cálculo

$$\left(50\% \times \frac{\text{Nº de municípios com disponibilidade de prestadores odontológicos}}{\text{Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial odontológica}} + 50\% \times \frac{\text{Nº de estabelecimentos odontológicos cadastrados na rede assistencial dos planos e utilizados pelos beneficiários da operadora}}{\text{Nº de estabelecimentos odontológicos utilizados pelos beneficiários da operadora}} \right) \times 100$$

Definição de termos utilizados no Indicador

Área de Atuação dos Produtos - Especificação dos municípios ou UF, nos quais a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas assistenciais, de acordo com a Área de Abrangência Geográfica registrada no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS, conforme definido no anexo II da RN nº 543, de 02 de setembro de 2022, e suas posteriores alterações.

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

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

Municípios com Disponibilidade de Prestadores Odontológicos -

Quantidade de municípios indicados na área de atuação dos produtos com “Cirurgião-Dentista” ou “Equipo Odontológico” ou “Raio X Dentário” informados na rede assistencial da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS.

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

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

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

A identificação do estabelecimento informado no RPS e no CNES será a partir da chave dupla CNES + Município.

Municípios com Previsão de Cobertura Assistencial Odontológica -

Quantidade de municípios indicados na área de atuação dos produtos com disponibilidade de “Cirurgião-Dentista” ou “Equipo Odontológico” ou “Raio X Dentário” segundo informação contida no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS.

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

Destacamos que também serão considerados como válidos os prestadores identificados na Tabela de Prestadores Ativos do CNES com o motivo de desativação preenchido, conforme lista abaixo:

MOTIVO DESATIVAÇÃO	DESCRIÇÃO
1	DESATIVADO TEMPORARIAMENTE PELA VIGILANCIA SANITARIA
2	DESATIVADO TEMPORARIAMENTE POR DECISAO JUDICIAL
3	DESATIVADO TEMPORARIAMENTE POR REFORMA
6	DESATIVADO PELO GESTOR POR DESATUALIZACAO CADASTRAL POR PERIODO SUPERIOR A 1 ANO
8	DESATIVADO AUTOMATICAMENTE POR NAO ATUALIZACAO CADASTRAL SUPERIOR A 6 MESES
9	ESTABELECIMENTO COM INCONSISTENCIAS NO SCNES DA SES/SMS
14	DESATIVADO PELO GESTOR POR INCONSISTENCIA DE DADOS NA TRANSMISSAO DIRETA

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

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

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

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

*CBO de Cirurgião-Dentista:

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

A ANS disponibiliza, no espaço operadoras, na divulgação dos resultados preliminares, planilha contendo a relação de prestadores cadastrados no CNES (utilizado na data de corte do IDSS) onde constam as informações para a verificação da dispersão de rede.

Estabelecimentos odontológicos cadastrados na rede assistencial dos planos da operadora - Prestadores odontológicos classificados como “demais estabelecimentos” ou “serviço de alta complexidade”, identificados segundo os mesmos critérios adotados pela parte de “dispersão” quanto ao CNES, localizados na área de atuação dos produtos, cadastrados na rede da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS.

Estabelecimentos odontológicos utilizados pelos beneficiários da operadora - Prestadores odontológicos, identificados segundo os mesmos critérios adotados pela parte de “dispersão” quanto ao CNES, localizados na área de atuação dos produtos conforme Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS e informados no Sistema de Troca de Informações na Saúde Suplementar - TISS em decorrência da sua utilização pelos beneficiários da operadora. Serão considerados, inclusive, estabelecimentos que não estejam vinculados à rede assistencial da própria operadora, em atendimento às disposições da RN 566/2022.

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

Os atendimentos com “Origem de Guia 4 – Reembolso” e “Tipo de Guia 4 – Tratamentos Odontológicos”, serão considerados quando NÃO houver indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para consultas odontológicas e/ou exames odontológicos complementares e/ou prevenção odontológica e/ou periodontia e/ou dentística e/ou endodontia e/ou cirurgia odontológica

ambulatorial e/ou procedimentos não pertencentes ao Rol Odontológico no Sistema de Registro de Produtos - RPS.

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

Critérios de Exclusão

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

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

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

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

Interpretação do Indicador

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

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

Usos

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

Verificar a utilização de prestadores odontológicos que não compõem a rede da operadora, apontando o uso de alternativas para o atendimento (RN 566/2022).

Meta

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

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

Pontuação

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

V= (Resultado da Fórmula)/100

Fonte

RPS - Sistema de Registro de Planos de Saúde

MS/DATASUS/CNES

TISS - Sistema de Troca de Informações na Saúde Suplementar

Observação: Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que **durante o processamento**, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS não possui beneficiários odontológicos nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica (não é calculado)
A OPS NÃO POSSUI 100% de beneficiários em planos com segmentação exclusivamente odontológico	2	Não se aplica (não é calculado)
OPS com 100% dos planos cancelados OU 100 % transferidos OU 100% SCPA OU 100% cancelados + transferidos + SCPA	3	Não se aplica (não é calculado)
OPS com 100% de planos com registro provisório OU 100% registro provisório + planos SCPA + cancelados + transferidos	4	Inconsistente (nota zero)
Operadora sem área de atuação (exclui operadora com 100% de planos antigos).	5	Inconsistente (nota zero)

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS com 100% de planos (RPS) que opera com livre escolha	6	Não se aplica (não é calculado)
OPS sem rede informada no RPS	7	Inconsistente (nota zero)
Não possui “demais estabelecimentos” ou “serviço de alta complexidade” cadastrados na rede do RPS	8	Inconsistente (nota zero)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	9	Inconsistente (nota zero)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	10	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos, informando que não teve movimento no TISS no período analisado E, ao mesmo tempo, informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	11	Inconsistente (nota zero)
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	12	Inconsistente (nota zero)
OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência. Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.	13	Inconsistente (nota zero)
OPS com rede informada, mas 100% sem CNES na área de atuação informada no RPS	14	Inconsistente (nota zero)
100% prestadores classificados no campo “Natureza Jurídica” como Administração Direta	15	Inconsistente (nota zero)
100% prestadores com serviços de “Cirurgião-Dentista” ou “Equipo Odontológico” ou “Raio X Dentário” exclusivos do Sistema Único de Saúde – SUS	16	Inconsistente (nota zero)

Crítica	Prioridade	Cálculo
Não possui "Tipo de Guia 4 - Tratamento Odontológico"	17	Inconsistente (nota zero)
100% de "Tipo de Guia 4 - Tratamento Odontológicos" e "Origem de Guia 4 – Reembolso, desde que haja indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para consultas odontológicas e/ou exames odontológicos complementares e/ou prevenção odontológica e/ou periodontia e/ou dentística e/ou endodontia e/ou cirurgia odontológica ambulatorial e/ou procedimentos não pertencentes ao Rol Odontológico no Sistema de Registro de Produtos.	18	Não se aplica (não é calculado)
OPS com denominador zero para o indicador ou que não teve o indicador calculado por outros motivos	19	Não se aplica (não é calculado)

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

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

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

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

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

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

Limitações e Vieses

Problemas referentes à qualidade de preenchimento e cobertura do CNES.

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

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

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

BRASIL/ANS. Resolução Normativa - RN nº 543, de 02 de setembro de 2022, e suas posteriores alterações, dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências.

.....Instrução Normativa (IN) ANS nº 28, de 16 de dezembro de 2022, dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos, previstos na Resolução Normativa -RN nº 543, de 02 de setembro de 2022.

.....Resolução Normativa - RN nº 566, de 29 de dezembro de 2022, dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.

.....Resolução Normativa - RN nº 501, de 30 de março de 2022, estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar- Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde.

2.6 Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Acreditação (PESO 1)

Nomenclatura Simplificada

Qualidade de Hospitais

Conceito

Mostra a proporção de utilização pelos beneficiários da operadora, de rede de hospitais com acreditação em saúde reconhecidos pelo Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, nos termos da Resolução Normativa 510/2022, comparativamente ao total de utilização da rede hospitalar da operadora.

Para cálculo deste indicador, são considerados os prestadores de serviços de saúde da rede da Operadora, que tenham cadastro no CNES como Hospital Geral, Hospital Especializado ou Pronto Socorro, e que estejam com cadastro ativo no RPS.

Será considerado para cálculo deste indicador as acreditações válidas por pelo menos 180 dias no ano-base do IDSS avaliado:

Quadro 1:

Rede	Atributo de Qualidade	Ícone	Legenda
Hospitais	Acreditação	A	Programa de Acreditação

Método de Cálculo

Total de Utilização de rede de Hospitais com Acreditação em Saúde

Total de Utilização de rede de Hospitais

Ou seja,

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

Onde,

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

$$UNQ = \sum_{i=1}^n PNQ_i$$

, se $A_i = 0$, então $PNQ_i = U_i$; senão $PNQ_i = 0$

Sendo:

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

A= Acreditação em saúde por pelo menos 180 dias no ano-base avaliado; se a rede prestadora possui acreditação, então, $A_i = 1$, senão, $A_i = 0$

UT= Total de Utilização de rede com acreditação em saúde

URQ= Frequência de utilização de rede hospitalar com acreditação em saúde

UNQ= Utilização não qualificada

PNQ = Prestador não qualificado

Definição de termos utilizados no indicador

Total de Utilização de rede de Hospitais com Acreditação – É a soma do número de guias TISS dos hospitais que possuam Acreditação.

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

Interpretação do Indicador

Permite avaliar frequência com que os beneficiários são atendidos em hospitais, que possuem Acreditação em Saúde 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 acreditação em saúde da sua rede prestadora de serviços hospitalares.

Meta

A meta é atingir 80% da mediana do setor (MS) para a frequência de utilização de hospitais com acreditação em saúde reconhecidos pelo Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS.

O cálculo da mediana depende dos resultados dos indicadores que utilizam a mediana como parâmetro, de todas as operadoras avaliadas. Portanto, não existe a possibilidade de disponibilização prévia.

A mediana do setor é disponibilizada no portal da ANS, em conjunto com os resultados do IDSS do ano-base avaliado, no documento intitulado “Parâmetros do Setor”.

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

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

Fontes de dados

Numerador

- TISS (Trocada de Informações na Saúde Suplementar)
 - Hospitais: Guias do tipo de resumo de internação por hospital, por prestador;
- RPS - Sistema de Registro de Planos de Saúde
- QUALISS
 - Hospital com acreditação em saúde.

- CNES – Cadastro no CNES como Hospital Geral ou Hospital Especializado ou Pronto Socorro.

Denominador

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

Observação: Para o cálculo deste indicador, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento

dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que **durante o processamento**, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS só possui plano com segmentação exclusivamente ambulatorial e beneficiários em plano referência = zero	1	Não se aplica (não é calculado)
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	2	Não se aplica (não é calculado)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	3	Inconsistente (nota zero)
A OPS possui somente planos antigos ativos	4	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base	5	Não se aplica (não é calculado)
OPS MH possui média de beneficiários = zero na segmentação hospitalar e/ou hospitalar com obstetrícia no SIB	6	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	7	Inconsistente (nota zero)
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	8	Inconsistente (nota zero)

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS exclusivamente odontológica	9	Não se aplica (não é calculado)
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	10	Não se aplica (não é calculado)
OPS possui média de beneficiários > 0 no SIB para a segmentação hospitalar no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 3	11	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação hospitalar e/ou hospitalar com obstetrícia e informou atendimentos em tipo de guia = 3	12	Inconsistente (nota zero)
OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência. Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.	13	Inconsistente (nota zero)
Os prestadores de serviços de saúde informados na guia TISS não foram encontrados no RPS	14	Inconsistente (nota zero)

Ações esperadas para causar impacto positivo no indicador

Aumento do número de hospitais com Acreditação em Saúde na rede assistencial operadora.

Limitações e Vieses

- Não será considerada, neste indicador, a utilização de rede que não esteja registrada no RPS para a operadora.
- Podem ocorrer dificuldades de atualização das informações das acreditações de hospitais, pelas Entidades Acreditadoras, junto à ANS.

- Desatualização da rede prestadora no RPS, podendo gerar inconsistências entre a rede informada à ANS e a rede efetivamente oferecida aos beneficiários.
- Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

BRASIL/ANS. Resolução Normativa - RN nº 510, de 30 de março de 2022, e seus anexos, dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS.

..... Resolução Normativa - RN nº 543, de 2 de setembro de 2022, e suas posteriores alterações, dispõe sobre a concessão de Autorização de

Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências.

..... Instrução Normativa (IN) DIPRO nº 23, de 1º de dezembro de 2009, alterada pela IN DIPRO nº 28, de 29 de julho de 2010, dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos, previstos na Resolução Normativa -RN nº 534, de 2 de setembro de 2022.

2.7 Frequência de Utilização de Rede de SADT com Acreditação (PESO 1)

Nomenclatura Simplificada

Qualidade de Laboratórios

Conceito

Mostra a proporção de utilização pelos beneficiários da operadora, de rede SADT com Acreditação em saúde reconhecidos pelo Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, nos termos da Resolução Normativa 510/2022, comparativamente ao total de utilização da rede de SADT da operadora.

Para cálculo deste indicador, são considerados os prestadores de serviços de saúde da rede da Operadora, que tenham cadastro no CNES como Serviço de Apoio à Diagnose e Terapias - SADT e que estejam com cadastro ativo no RPS.

Será considerado para cálculo deste indicador as acreditações válidas por pelo menos 180 dias no ano-base do IDSS avaliado:

Quadro 1:

Rede	Atributo de Qualidade	Ícone	Legenda
SADT	Acreditação	A	Programa de Acreditação

Método de Cálculo

Total de Utilização de rede SADT com acreditação em saúde
Total de Utilização de rede de SADT

Ou seja,

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

Onde,

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

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

Sendo:

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

A= Acreditação em Saúde por pelo menos 180 dias no ano-base; se o Serviço de Apoio à Diagnose e Terapias (SADT) possui acreditação, então, $A_i = 1$, senão, $A_i = 0$

UT= Total de Utilização de rede com acreditação em saúde

URQ= Frequência de utilização de rede com acreditação em saúde

UNQ= Utilização não qualificada

PNQ = Prestador não qualificado

Definição de termos utilizados no indicador

Total de Utilização de rede de SADT com atributo de qualidade – É a soma do número de guias TISS dos Serviços de Apoio à Diagnose e Terapias e que possuam Acreditação em saúde.

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

Interpretação do Indicador

Permite avaliar a frequência com que os beneficiários são atendidos em serviços de SADT que possuem Acreditação em Saúde 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 Acreditação em Saúde da sua rede prestadora de serviços SADT.

Meta

A meta é atingir 80% da mediana do setor (MS) para a frequência de utilização de Serviço de Apoio à Diagnose e Terapias (SADT) com acreditação em saúde, reconhecidos pelo Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS.

O cálculo da mediana depende dos resultados dos indicadores que utilizam a mediana como parâmetro, de todas as operadoras avaliadas. Portanto, não existe a possibilidade de disponibilização prévia.

A mediana do setor é disponibilizada no portal da ANS, em conjunto com os resultados do IDSS do ano-base avaliado, no documento intitulado “Parâmetros do Setor”.

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

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

Fontes de dados

Numerador

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

Denominador

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

Observação: Para o cálculo deste indicador, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica

Crítica	Prioridade	Cálculo
		(não é calculado)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	2	Inconsistente (nota zero)
A OPS possui somente planos antigos ativos	3	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base	4	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	5	Inconsistente (nota zero)
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	6	Inconsistente (nota zero)
OPS exclusivamente odontológica	7	Não se aplica (não é calculado)
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	8	Não se aplica (não é calculado)
OPS possui média de beneficiários > 0 no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 2	9	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e informou atendimentos em tipo de guia 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	10	Inconsistente (nota zero)
OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência.	11	Inconsistente (nota zero)

Crítica	Prioridade	Cálculo
<p>Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados.</p> <p>Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.</p>		
Os prestadores de serviços de saúde informados na guia TISS não foram encontrados no RPS	12	Inconsistente (nota zero)

Ações esperadas para causar impacto positivo no indicador

Aumento do número de serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento com Acreditação em Saúde na rede assistencial operadora.

Limitações e Vieses

- Não será considerada neste indicador a utilização de rede que não esteja registrada no RPS para a operadora.
- Podem ocorrer dificuldades de atualização das informações das acreditações de SADT, pelas Entidades Acreditadoras, junto à ANS.
- Desatualização da rede prestadora no RPS, podendo gerar inconsistências entre a rede informada à ANS e a efetivamente oferecida aos beneficiários.
- Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no

portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

BRASIL/ANS. Resolução Normativa - RN nº 510, de 30 de março de 2022, e seus anexos, dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS.

..... Resolução Normativa - RN nº 543, de 2 de setembro de 2022, e suas posteriores alterações, dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências.

..... Instrução Normativa (IN) DIPRO nº 23, de 1º de dezembro de 2009, alterada pela IN DIPRO nº 28, de 29 de julho de 2010, dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos, previstos na Resolução Normativa -RN nº 534, de 2 de setembro de 2022

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

Nomenclatura Simplificada

Acesso à contratação individual

Conceito

Crescimento de beneficiários titulares na carteira de planos individuais regulamentados.

Método de Cálculo

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

Crescimento da Carteira de beneficiários titulares:

$$\text{Crescimento da Carteira de beneficiários} = \frac{\text{Nº Ben.Tit.planos indiv}_{ano} - \text{Nº Ben.Tit.planos indiv}_{ano-1}}{\text{Nº Benef.Titulares planos individuais}_{ano-1}}$$

Observação 1: Este indicador (bônus) não se aplica às operadoras da modalidade de autogestão.

Definição de termos utilizados no Indicador

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

Interpretação do indicador

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

Usos

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

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

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

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

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

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

Meta

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

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

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

Pontuação

Para operadoras exclusivamente médico-hospitalares:

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

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

Para operadoras exclusivamente odontológicas:

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

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

Para operadoras MH que operam planos exclusivamente odontológicos:

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

Exemplo:

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

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

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

Resultado do IDGA + (IDGA* BÔNUS)

Fonte de dados

SIB – Sistema de Informações de Beneficiários;

RPS – Sistema de Registro de Planos de Saúde.

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador.

Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que **durante o processamento**, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
Operadora é da Modalidade Autogestão	1	Não se aplica (não é calculado)
Operadora possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	2	Inconsistente (nota zero)

Ações esperadas

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

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

Limitações e vieses

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

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

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

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. População Brasileira projetada

de 2000 a 2060. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. 2013.

Disponível em:

<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm>

ANDRADE, M.V.; MAIA, A.C.M.. **Demanda por planos de saúde no Brasil.**

Encontro ANPEC - Associação Nacional dos Centros de Pós-Graduação em Economia - Economia Social e Demografia Econômica, Salvador, 2006.

3 INDICADORES DA DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE NO MERCADO – IDSM

3.1 Índice de Capital Regulatório (ICR) (PESO 3)

Nomenclatura Simplificada

Solidez do seu Plano de Saúde

Conceito

Razão entre o Patrimônio Líquido Ajustado e o Capital Regulatório exigido.

Método de Cálculo

Patrimônio Líquido Ajustado

Capital Regulatório

Observação: Caso a operadora seja uma autogestão com mantenedor, este indicador não é avaliado. Esse fato decorre da previsão do art. 5º da RN nº137, de 2006: Art. 5º A entidade de autogestão deverá garantir os riscos decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde da seguinte forma: I — por meio da constituição das garantias financeiras próprias exigidas pela

regulamentação 63 em vigor; ou II — por meio da apresentação de termo de garantia firmado com o mantenedor.”

Definição de termos utilizados no Indicador

Patrimônio Líquido Ajustado - Patrimônio Líquido (Patrimônio Social), registrado no Balanço Patrimonial da operadora e informado por meio do DIOPS, com ajustes por efeitos econômicos definidos na Resolução Normativa – RN n.º 526, de 29/04/2022.

Capital Regulatório - maior valor entre o Capital Base (CB), a exigência de Margem de Solvência (MS) e o Capital Baseado em Riscos (CBR), este último, caso a operadora tenha optado pela antecipação do capital baseado em riscos.

Interpretação do Indicador

Este indicador propõe refletir a capacidade da operadora em honrar seus compromissos em longo prazo a partir do patrimônio constante das informações financeiras periódicas enviadas à ANS.

Para apuração do indicador é realizada a comparação do Patrimônio Líquido, ajustado por efeitos econômicos previstos na regulamentação vigente, com o Capital Regulatório exigido.

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

Usos

Avaliar o percentual de suficiência das operadoras, em relação ao valor de Capital Regulatório exigido.

Meta

A pontuação do indicador ICR da operadora deve ser igual a 1.

Pontuação

Resultado de ICR obtido pela operadora	Pontuação
Operadoras irregulares com exigência de CR	0
100% <= ICR < 130%	0,90
130% <= ICR < 200%	0,95
200% <= ICR < 350%	0,975
ICR >= 350%	1

Onde:

$$ICR = \frac{\text{Patrimônio Líquido Ajustado}}{\text{Capital Regulatório}}$$

Fonte de dados

Numerador: Conta 25 (DIOPS) + ajustes (contas 13211, 13214, 132219011, 13221902, 13161901, 125, 1315, 128 e 134), definidos na Resolução Normativa – RN n.º 451, de 06/03/2020.

Denominador: Maior valor entre o Capital Base (CB), a exigência de Margem de Solvência (MS) e o Capital Baseado em Riscos (CBR), este último, caso a operadora tenha optado pela antecipação, conforme Resolução Normativa – RN nº 526, de 29/04/2022.

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
Autogestão por RH.	1	Não se aplica (não é calculado)
OPS autogestão com mantenedor	2	Não se aplica (não é calculado)
Não enviou 4º trimestre do DIOPS.	3	Inconsistente (nota zero)
Se a OPS tiver total de contraprestações no ano (conta 31) com menos de R\$ 20,00 recebe pontuação ZERO	4	Inconsistente (nota zero)
Se a OPS tiver total de Despesa Assistencial no ano (conta 41) somado ao valor absoluto da conta 3117 ([conta 41 + abs (conta_3117)]) menor do que R\$ 20,00 recebe pontuação ZERO	5	Inconsistente (nota zero)

Ações esperadas

Incentivar a robustez financeira da operadora no longo prazo, protegendo seu patrimônio e, consequentemente, 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.

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias

operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

BRASIL/ANS. Resolução Normativa - RN nº 526, de 29 de abril de 2022, dispõe sobre os critérios para definição do capital regulatório das operadoras de planos de assistência à saúde.

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

Nomenclatura Simplificada

Resolução de Queixas do Cliente

Conceito

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

Método de Cálculo

Total de demandas NIP assistenciais e não assistenciais classificadas como:

RVE, INATIVA e NP

$\times 100$

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. Serão consideradas as demandas abertas no ano-base, independente do ano de sua classificação. As classificações NIP, utilizadas no cálculo da taxa de resolutividade são:

- **Núcleo:** Demandas encaminhadas para abertura de processo administrativo sancionador. Ocorrem quando são constatados indícios de infração, mediante a lavratura de auto de infração (art. 14, III da RN nº 483/22).
- **RVE:** Reparação Voluntária e Eficaz: Quando da adoção pela operadora 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. 14 da RN nº 483 de 29/03/2022 c/c art. 20, § 1º da RN nº 483/22.
- **INATIVA** - Resolvida ou sem resposta do consumidor no prazo de 10 dias úteis. Ou seja, reclamações que, no fluxo da NIP, não seguiram para análise. A inativação de uma demanda pode decorrer tanto da manifestação do consumidor, que retorna o contato com a ANS informando que seu problema

foi resolvido pela Operadora (art. 12, I da RN nº 483/22), quanto da ausência de resposta dele (inativação com fundamento na presunção de resolução de que trata o art. 12, II da RN nº 483/22).

- **NP** – Demandas não procedentes. Esta classificação é dada à demanda quando não é identificado, nos fatos narrados, indícios de infração à legislação de saúde suplementar em vigor ou ao contrato celebrado com a Operadora (art. 14, I da RN nº 483/22).

Interpretação do indicador

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

Usos

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

Meta

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

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado < 70%	0
70% ≤ Resultado < 90%	0 < V < 1
Resultado ≥ 90%	1

$$V = \frac{(Resultado - 70\%)}{(90\% - 70\%)}$$

Excetuam-se as operadoras com Resolutividade abaixo de 70%, mas que obtiveram pontuação máxima no Índice Geral de Reclamação (IGR) e que responderam todas as demandas no prazo, de acordo com o Art. 11 da Resolução Normativa nº 483 de 2022, para o período analisado. Essas receberão pontuação 0,20 em vez de 0,00. Os demais casos, continuarão seguindo as regras prevista no quadro acima.

Fontes de Dados

- SIF - Sistema Integrado de Fiscalização.

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a

não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador.

Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que **durante o processamento**, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
Operadora apresentou SIB igual a zero, mas possui Demanda NIP Assistencial	1	Inconsistente (nota zero)
OPS possui todas as demandas assistenciais classificadas como NA no ano de análise	2	Não se aplica (não é calculado)

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 de corte do IDSS, não incluindo as que ainda se encontrarem em andamento.

-Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

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 483, de 29 de março de 2022, dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias.

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

Nomenclatura Simplificada

Reclamações Gerais do Cliente

Conceito

Número médio de reclamações de beneficiários de planos privados de saúde, que recorreram à ANS, no período dos doze meses do ano base. O índice é apresentado tendo como referência cada 100.000 beneficiários do universo de beneficiários analisado. Para cálculo do indicador são incluídas somente as reclamações recebidas nos doze meses do ano-base.

Método de cálculo

$$\text{IGR} = \frac{\text{Média de Demandas NIP (RVE, INATIVA, NP, Núcleo,e Em andamento)}}{\text{Média do número de beneficiários dos doze meses do ano base}} \times 100.000$$

Definição dos termos utilizados no cálculo

Demandas NIP - são as demandas NIP na data de corte do IDSS, abertas durante o ano-base, de acordo com as seguintes classificações:

- **Núcleo:** Demandas encaminhadas para abertura de processo administrativo sancionador. Ocorrem quando são constatados indícios de infração, mediante a lavratura de auto de infração (art. 14, III da RN nº 483/22).
- **RVE** - Reparação Voluntária e Eficaz: Quando da adoção pela operadora 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. 14 da RN nº 483 de 29/03/2022 c/c art. 20, § 1º da RN nº 483/22.

- **INATIVA** - Resolvida ou sem resposta do consumidor no prazo de 10 dias úteis. Ou seja, reclamações que, no fluxo da NIP, não seguiram para análise. A inativação de uma demanda pode decorrer tanto da manifestação do consumidor, que retorna o contato com a ANS informando que seu problema foi resolvido pela Operadora (art. 12, I da RN nº 483/22), quanto da ausência de resposta dele (inativação com fundamento na presunção de resolução de que trata o art. 12, II da RN nº 483/22);
- **NP** – Demandas não procedentes. Esta classificação é dada à demanda quando não é identificado, nos fatos narrados, indícios de infração à legislação de saúde suplementar em vigor ou ao contrato celebrado com a Operadora (art. 14, I da RN nº 483/22);
- **Em andamento** - reclamações que, no fluxo da NIP, estão em processamento; e não receberam um encaminhamento ou finalização

Observação: São excluídas do cálculo as demandas classificadas como Não se Aplica (NA), que é a classificação dada à reclamação quando identificado que:

- a) o beneficiário não pertence à operadora contra a qual foi feita a reclamação;

- b) a denúncia foi feita contra agente regulado não responsável (ex.: a responsabilidade era da Adm. de Benefícios, mas a demanda foi registrada contra a Operadora de plano de saúde);
- c) os fatos narrados já foram apurados em outra demanda de igual teor (duplicidade); ou
- d) as informações contidas na denúncia são insuficientes para identificação do beneficiário, da operadora ou da infração relatada.
- **Média do número de beneficiários:** calculada 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). Os beneficiários ativos em cada mês do ano-base avaliado são somados, e o total é dividido por 12, para obter a média mensal de beneficiários ativos. Para a apuração são considerados os dados de beneficiários disponíveis na última competência fechada do SIB antes da data de corte do IDSS

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 infratativas por parte da operadora; e
- Estímulo às Operadoras para uma melhor atuação no mercado, 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 7,07 reclamações para cada conjunto de 100.000 beneficiários.

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
IGR \geq 20,50	0
20,50 > IGR > 7,07	$0 < V < 1$
IGR \leq 7,07	1

$$V = \frac{(20,50 - IGR)}{(20,50 - 7,07)}$$

Fonte de dados

SIF - Sistema Integrado de Fiscalização.

SIB – Sistema de Informações de Beneficiários.

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	1	Inconsistente (nota zero)
Operadora apresentou SIB igual a zero, mas possui Demanda NIP Assistencial	2	Inconsistente (nota zero)
OPS possui todas as demandas assistenciais classificadas como NA no ano de análise	3	Não se aplica (não é calculado)

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 as demandas do ano-base, com a classificação fixa na data de corte do IDSS.
- O indicador não avalia as Administradoras de Benefícios.
- Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022(que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Notas

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

2- Os resultados do indicador “Índice Geral de Reclamações (IGR) anual” calculado no para o IDSS retrata a extração do ano-base avaliado, com as classificações da data de corte. Já o IGR calculado no Painel do Índice Geral de Reclamações, divulgado mensalmente, no portal da ANS visa ao acompanhamento da evolução das demandas de reclamação em face das operadoras. Portanto, a comparação dos resultados pode apresentar oscilações.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Resolução Normativa nº 483, de 29 de março de 2022, dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias.

3.4 Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade

Atípicos – (PESO 1)

Nomenclatura Simplificada

Preço do plano de Saúde

Conceito

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

Método de cálculo

Razão entre as NTRP's associadas a planos ativos em comercialização da operadora abaixo do limite inferior e o total de NTRP's associadas a planos ativos em comercialização da operadora em 31 de dezembro do ano-base avaliado.

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

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

Definição dos termos utilizados no cálculo

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

Este limite será calculado pela média do prêmio puro (coluna K) dos trinta grupos formados pela combinação dos quatro fatores de precificação: contratação (Individual, Empresarial, Adesão), cobertura (Ambulatorial, Amb+Hosp, Hospitalar), presença ou não de fator moderador, tipo de acomodação (coletiva ou individual). Quando a cobertura/segmentação do produto é ambulatorial a variável "acomodação" não entra no cálculo.

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

Interpretações do indicador

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

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

Usos

Avaliar a prática de *dumping* no mercado.

Parâmetros, dados estatísticos e recomendações

A análise do VCM é feita dentro de cada um dos trinta grupos formados pela combinação dos quatro fatores de especificação: 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 interquartílico de 1,5.

Meta

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

Pontuação

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

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

Fonte de dados

NTRP - Nota Técnica de Registro de Produtos

RPS - Sistema de Registro de Planos de Saúde

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos

resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS não elegível para o cálculo deste indicador, conforme regras do Monitoramento Assistencial	1	Não se aplica (não é calculado)

Ações esperadas

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

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.

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o §

2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

BRASIL/ANS. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 28, de 26 de junho de 2000, institui a Nota Técnica de Registro de Produto (revogada pela Resolução Normativa – RN nº 564, de 15 de dezembro de 2022).

.....Resolução Normativa - RN nº 100, de 3 de junho de 2005, altera a RN nº 85, de 7 de dezembro de 2005 e dá outras providências (revogada pela Resolução Normativa – RN nº 543, de 2 de setembro de 2022).

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

Nomenclatura Simplificada

Satisfação do Cliente/Paciente

Conceito

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

O documento técnico específico com os critérios técnicos e diretrizes para a execução, auditoria e divulgação da pesquisa encontra-se disponibilizado no portal eletrônico da ANS.

Método de cálculo

Será atribuída a pontuação base de 0,25 no Índice de Desempenho na Sustentabilidade do Mercado (IDSM) para as Operadoras que realizarem e divulgarem a pesquisa de satisfação de beneficiários e comunicarem à ANS, até a data de corte do IDSS, de acordo com os critérios definidos no "Documento Técnico para Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários", disponibilizado no portal eletrônico da ANS.

(PONTUAÇÃO BASE + IDSM) ≤ 1

Onde:

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

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

$$\text{IDSM} = \frac{\sum_{i=1}^n \text{ID}_i * P_i}{\sum_{i=1}^n P_i}$$

Sendo:

n = quantidade de índices na dimensão

ID_i = Indice de Desempenho do Indicador $i=1, 2, 3 \dots n$

P_i = Peso do Indicador i

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

Não será atribuída a pontuação base para as Operadoras que não atenderem aos critérios definidos no “Documento Técnico. para Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários”.

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 traria 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 contar com estatístico responsável pelo planejamento e se submeter a auditoria independente.

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

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

Meta

Realizar a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários, encaminhar o link da divulgação dos resultados e o Termo de Responsabilidade (Anexo III do Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde) até a data de corte do IDSS avaliado para fazer jus à

pontuação relativa à realização de pesquisa de satisfação do beneficiário no IDSS do ano-base correspondente.

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

Fonte de dados

- Petição encaminhada 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 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 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 do número de pessoas entrevistadas, mas principalmente da representatividade científica da amostra dos entrevistados.

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

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

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Documento Técnico para Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários. Rio de Janeiro: ano-base. Disponível no portal da ANS, em: Principal \ Planos e Operadoras \ Informações e Avaliações de Operadoras \ Programa de Qualificação de Operadoras \ Conheça mais dados do Programa de Qualificação de Operadoras \ Ano 202x (Ano-base 200x)

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>>

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

Nomenclatura Simplificada

Moderação de Reajustes

Conceito

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

Método de Cálculo

O cálculo do indicador é composto por dois fatores:

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

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

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

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

Definição de termos utilizados no Indicador

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

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

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

Interpretação do indicador

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

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

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

Usos

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

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

Meta

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

O cálculo da média depende dos resultados dos indicadores que utilizam a média como parâmetro, de todas as operadoras avaliadas. Portanto, não existe a possibilidade de disponibilização prévia.

A média do setor é disponibilizada no portal da ANS, em conjunto com os resultados do IDSS do ano-base avaliado, no documento intitulado “Parâmetros do Setor”.

Pontuação

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

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

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

Pontuação CV	Pontuação
CV ≤ 0,15	1
0,15 < CV ≤ 1	V
CV > 1,00	0

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

Fonte de dados

RPC – Sistema de Reajustes de Planos coletivos

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS não possui beneficiários em planos coletivos nos 12 meses do ano anterior	0	Não se aplica (não é calculado)
OPS não possui beneficiários em planos coletivos no ano-base	1	Não se aplica (não é calculado)
OPS com beneficiários unicamente em produtos pós-estabelecido ou misto ou em planos antigos	2	Não se aplica (não é calculado)
OPS não possui comunicados no ano-base	3	Inconsistente (nota zero)

Ações esperadas

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

Limitações e vieses

A utilização do índice médio de reajustes dos planos coletivos (RPC) pode levar a comparações com o índice oficial ANS, mesmo diante de eventuais alterações na metodologia de cálculo do índice oficial da ANS, apesar dos períodos de apuração serem diferentes (o indicador utiliza o ano-base de 01/jan a 31/dez, enquanto o período do reajuste ANS é de março a fevereiro).

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias

operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

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

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

4 INDICADORES DE GESTÃO DE PROCESSOS E REGULAÇÃO – IDGR

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

Nomenclatura Simplificada

Qualidade dos Dados de Cadastro do Beneficiário

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

$$\frac{(\text{Beneficiários ativos VALIDADOS vinculados à plano da operadora} + \text{Beneficiários dependentes menores ativos IDENTIFICADOS vinculados à plano da operadora})}{\text{Total de beneficiários ativos da Operadora no Sistema de Informações de Beneficiários}} \times 100$$

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:

- a) beneficiário titular: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo contratual com uma operadora;
- b) 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 a um beneficiário titular;
- c) beneficiário ativo: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato do respectivo plano está em vigor; e

Beneficiário ativo VALIDADO (Titulares e Dependentes, maiores e menores): são aqueles registros que possuem CPF em seu cadastro no SIB e 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 da Operadora - Campo “PLANO (RPS)” ou Campo “PLANO (SCPA)” do beneficiário informado 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.

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.

Interpretação do indicador

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

Usos

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

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

Meta

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

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado \leq 50%	0
50% < Resultado < 98%	$0,2 < V < 1$
Resultado \geq 98%	1

$V = \text{Resultado}/100$

Bônus na pontuação

Será acrescentado à pontuação obtida pela Operadora no Indicador Percentual de Qualidade Cadastral, 0,05 pontos quando o percentual de Beneficiários Dependentes Menores Validados no Cadastro de Beneficiários da Operadora na ANS encontrar-se entre 85% e 95% (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 95%.

Fonte de Dados

SIB – Sistema de Informações de Beneficiários (os dados considerados para o cálculo são referentes à última competência do SIB fechada antes da data de corte do programa)

RPS – Sistema de Registro de Planos de Saúde; e

SCPA – Sistema de Cadastro de Planos Antigos.

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador.

Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este

motivo, é possível que **durante o processamento**, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS apresenta mais de 5% de CPF repetidos e/ou CNS repetidos no cadastro de beneficiários	1	Inconsistente (nota zero)
A OPS possui no Cadastro de Beneficiários 5% ou mais de beneficiários em planos registrados para outra operadora.	2	Inconsistente (nota zero)
OPS com denominador zero para o indicador e regularidade de encaminhamento anual do SIB de pelo menos 11 arquivos	3	Não se aplica (não é calculado)

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.

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do

processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Dados Inconsistentes

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

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

da Operadora, exceto os registros que possuem CPF, nome completo e data de nascimento idênticos aos da base de dados da Receita Federal. Considera-se repetição quando um número de CNS aparece mais três vezes na base de registros ativos da Operadora.

Referências

BRASIL/ANS. Resolução Normativa - RN nº 500, de 30 de março de 2022, estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; dispõe sobre o formato XML (Extensible Markup Language) como padrão para a troca de informações entre as operadoras e o SIB/ANS.

.....Instrução Normativa DIDES nº 8 de 30 de março de 2022, dispõe sobre o formato XML (Extensible Markup Language) para a transmissão das informações para o Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; estabelece procedimentos para a geração, validação, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do SIB/ANS.

4.2 Taxa de utilização do SUS (PESO 1)

Nomenclatura Simplificada

Utilização do SUS por Beneficiários de Plano de Saúde

Conceito

Delimitação de faixas para classificação de operadoras conforme sua utilização do SUS, baseada no número de eventos de utilização da rede pública de saúde por beneficiários identificados de operadoras de saúde suplementar. Apenas os beneficiários de planos de assistência médica serão considerados no cálculo.

Método de Cálculo

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

Média de Beneficiários da Operadora (Benef)

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

Definições de Termos Utilizados no Indicador

NUT - Total de eventos identificados de utilização da rede do SUS por beneficiários da operadora de saúde suplementar, tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento, por meio da aplicação do fator de ajuste

(taxa de indeferimento dos últimos 3 anos). Serão considerados apenas os atendimentos dos ABIs que representam os quatro últimos períodos de competências sucessivas (representando um ano de identificação), notificados no ano-base avaliado.

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

$$NUT_{ano-base} = f_{atendimentos\ não\ impugnados} + (f_{atendimentos\ impugnados} \times FA_{ano-base})$$

Onde:

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

ANS nos ABIs lançados no ano-base avaliado e que foram impugnados pelas operadoras de plano de saúde;

- $FA_{ano-base}$ é o fator de ajuste que será aplicado sobre a quantidade total de atendimentos lançados no ano-base avaliado e que foram impugnados pelas operadoras. Este fator de ajuste será calculado pela média da taxa de indeferimento dos ABIs lançados nos três anos anteriores ao ano-base avaliado

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

A estimativa dos indeferimentos é realizada utilizando-se a média aritmética dos percentuais de indeferimentos dos três anos anteriores ao ano-base, conforme apresentado a seguir:

$$FA_{ano-base} = \frac{\text{Taxa Indef}_{ano-base-3} + \text{Taxa Indef}_{ano-base-2} + \text{Taxa Indef}_{ano-base-1}}{3}$$

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

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

Onde:

- $Taxa\ Indef_x$ é taxa de indeferimento dos atendimentos lançados no ano x, considerando apenas aqueles com decisão definitiva realizada até o momento de apuração do resultado do programa;
- $f_{atendimentos\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ indeferido\ em\ 1^a\ inst.}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram julgados como indeferidos em 1^a instância, sem recurso, considerando apenas as decisões já notificadas às operadoras até o momento de apuração do resultado do programa;
- $f_{atendimentos\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ indeferidos\ em\ 2^a\ inst.}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram julgados como indeferidos em 2^a instância até o momento de apuração do resultado do programa;
- $f_{atendimentos\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ analisados\ em\ 1^a\ inst.}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram analisados em 1^a instância, sem recurso, julgados como deferidos ou indeferidos, considerando apenas as decisões já notificadas às operadoras até o momento de apuração do resultado do programa;

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

Benef - Média de beneficiários da operadora. O cálculo da média de beneficiários deverá utilizar as competências dos ABIs lançados no ano-base avaliado.

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

$$Taxa_{Op} = \frac{f_{atendimentos\ não\ impugnados} + (f_{atendimentos\ impugnados} \times \left(\frac{Taxa\ Indef\ ano-base-3 + Taxa\ Indef\ ano-base-2 + Taxa\ Indef\ ano-base-1}{3} \right))}{Benef}$$

Usos do Indicador

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

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

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

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

No ano-base 2021, 80% das operadoras possuíam utilização do SUS inferior a 1,27%. Desta forma, a faixa de utilização de até 1,27% foi percebida como aceitável. Ao realizar a distribuição da utilização das operadoras no ano-base avaliado, uma nova faixa de utilização será encontrada, a depender das competências aplicadas ao cálculo. Este valor (percentil 80% - P80) é divulgado no portal da ANS, por ano-base avaliado, no arquivo denominado “Parâmetros do Setor”.

Classificação

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

Sendo assim, as operadoras foram classificadas nas faixas por meio de percentis (Pa), calculados a partir das taxas obtidas de todas as operadoras no período

analisado, sendo a faixa que pontua zero a de maior utilização do SUS (resultado superior ao valor correspondente ao P97,5) e a faixa que pontua um a de menor utilização do SUS (resultado inferior ao valor correspondente ao P80). A pontuação será atribuída conforme mostrado no item a seguir.

Meta

Resultado da operadora inferior ao valor correspondente ao P80 (Percentil 80). O cálculo do percentil depende dos resultados dos indicadores que utilizam o percentil como parâmetro, de todas as operadoras avaliadas. Portanto, não existe a possibilidade de disponibilização prévia.

O percentil 80 (P 80) e percentil 97,5 (P 97,5) são disponibilizados no portal da ANS, em conjunto com os resultados do IDSS do ano-base avaliado, no documento intitulado “Parâmetros do Setor”.

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado \geq P97,5	0
$P80 < Resultado < P97,5$	$0 < v < 1$
Resultado \leq P80	1

$$V = 1 - ((P80 < Resultado < P97,5) - P80) / (P97,5 - P80)$$

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

- Operadoras classificadas dentro do percentil 80 (P80), isto é, o grupo de operadoras que representem 80% das operadoras notificadas pela ANS no ano-base avaliado e que apresentem as menores Taxas de Utilização (Taxa_Op). Estas operadoras receberão nota máxima (pontuação = 1);
- Operadoras classificadas igual ou acima do percentil 97,5 não pontuarão neste indicador, recebendo, portanto, nota zero;
- Quanto às demais operadoras, que estiverem entre o percentil 80 e o percentil 97,5, estas operadoras receberão pontuação entre 0 e 1, conforme fórmula apresentada ($V=1-((P80 < \text{Resultado} < P97,5) - P80)/(P97,5 - P80)$).
- Como a distribuição das taxas de utilização será reflexo do desempenho de todas as operadoras ao longo de determinado ano-base, o recorte é variável. Por exemplo, caso 80% das operadoras apresentem uma taxa de utilização inferior à 0,9%, existirão operadoras com taxa de utilização menor que 1,27% com nota inferior à nota máxima.

Fonte de Dados

Numerador:

SGR - Sistema de Gestão do Ressarcimento

SCI - Sistema de Controle de Impugnações

Denominador:

SIB – Sistema de Informações de Beneficiários

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS impugnou 100% dos atendimentos identificados no ano base e a sua taxa de indeferimento geral (%) é igual a zero ou inexistente.	1	Não se aplica (não é calculado)
OPS não apresenta beneficiários com cobertura médico-hospitalar ao longo do período de competência analisado	2	Não se aplica (não é calculado)
OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	3	Inconsistente (nota zero)

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.

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Resolução Normativa (RN) nº 502 de 30 de março de 2022, dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS e revoga as Resoluções

Normativas nº 358, de 27 de novembro de 2014, nº 377, de 08 de maio de 2015, e o art. 25 da nº 464, de 29 de dezembro de 2020.

..... Instrução Normativa (IN) ANS nº 26 de 30 de agosto de 2022, dispõe sobre o protocolo eletrônico de impugnações e recursos de processos administrativos híbridos de ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na Resolução Normativa – RN nº 502, de 30 de março de 2022, bem como revoga as Instruções Normativas DIDES nº 54, de 27 de novembro de 2014, e nº 58, de 08 de maio de 2015.

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

Nomenclatura Simplificada

Qualidade da Informação em Saúde Enviada para a ANS

Conceito

Relação entre o Total do Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde do Padrão TISS enviados à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e o Total do Valor em Reais da Despesa dos Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados , exceto despesas com o Sistema Único de Saúde – SUS e Recuperações, informados no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS; da Assistência à Saúde Hospitalar e Odontológica; pela operadora de plano privado de saúde; 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 050 “Valor informado da guia”; do campo 094 “Valor da cobertura contratada na competência”; do campo 103

“Valor total dos itens fornecidos” e do campo 116 “Valor total informado” enviados pela operadora e incorporados ao banco de dados da ANS, conforme estabelecido no Padrão TISS, no período considerado.

Total do valor em Reais da Despesa Assistencial – corresponde ao valor em Reais da Despesa Assistencial dos EVENTOS/ SINISTROS CONHECIDOS OU AVISADOS de ASSISTÊNCIA À SAÚDE HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA, informados no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS, conforme estabelece sua Norma, no período considerado. As contas dessas despesas consideradas no DIOPS para comparação com o valor informado no TISS são:

411111011;411111017;411111021;411111027;411111031;411111037;
411111041;411111047;411111051;411111057;411111061;411111067;
411112031;411112037;411112041;411112047;411112051;411112057;
411112061;411112067;411121011;411121017;411121021;411121027;
411121031;411121037;411121041;411121047;411121051;411121057;
411121061;411121067;411122031;411122037;411122041;411122047;
411122051;411122057;411122061;411122067;411211011;411211021;
411211031;411211041;411211051;411211061;411212031;411212041;
411212051;411212061;411221011;411221021;411221031;411221041;
411221051;411221061;411222031;411222041;411222051;411222061;
411311011;411311021;411311031;411311041;411311051;411311061;
411312031;411312041;411312051;411312061;411321011;411321021;
411321031;411321041;411321051;411321061;411322031;411322041;
411322051;411322061;411411011;411411017;411411021;411411027;
411411031;411411037;411411041;411411047;411411051;411411057;

411411061;411411067;411412031;411412037;411412041;411412047;
411412051;411412057;411412061;411412067;411421011;411421017;
411421021;411421027;411421031;411421037;411421041;411421047;
411421051;411421057;411421061;411421067;411422031;411422037;
411422041;411422047;411422051;411422057;411422061;411422067;
411511011;411511021;411511031;411511041;411511051;411511061;
411512031;411512041;411512051;411512061;411521011;411521021;
411521031;411521041;411521051;411521061;411522031;411522041;
411522051;411522061;411711011;411711017;411711021;411711027;
411711031;411711037;411711041;411711047;411711051;411711057;
411711061;411711067;411712031;411712037;411712041;411712047;
411712051;411712057;411712061;411712067;411721011;411721017;
411721021;411721027;411721031;411721037;411721041;411721047;
411721051;411721057;411721061;411721067;411722031;411722037;
411722041;411722047;411722051;411722057;411722061;411722067;
411911011;411911017;411911021;411911027;411911031;411911037;
411911041;411911047;411911051;411911057;411911061;411911067;
411912031;411912037;411912041;411912047;411912051;411912057;
411912061;411912067;411921011;411921017;411921021;411921027;
411921031;411921037;411921041;411921047;411921051;411921057;
411921061;411921067;411922031;411922037;411922041;411922047;
411922051;411922057;411922061;411922067;411611011;411611017;
411611021;411611027;411611031;411611037;411611041;411611047;
411611051;411611057;411611061;411611067;411612031;411612037;
411612041;411612047;411612051;411612057;411612061;411612067;

411621011;411621017;411621021;411621027;411621031;411621037;

411621041;411621047;411621051;411621057;411621061;411621067;

411622031;411622037;411622041;411622047;411622051;411622057;

411622061;411622067.

Além da relação acima, que tem em seu 7º dígito o número '0' (zero), são consideradas as contas que tem nesse dígito os números '1'(um), '2'(dois) ou '7'(sete).

Interpretação do indicador

Permite medir a completude e inferir a qualidade do envio de dados do Padrão TISS da operadora para a ANS. Essas características são medidas através da razão entre o total do Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde e o Valor em Reais da Despesa dos Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados de Assistência à Saúde Hospitalar e Odontológica informados no DIOPS/ANS, no período considerado. 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 do Padrão TISS 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

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

Meta

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

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado < 0,7 ou > 1,1	0
0,7 ≤ Resultado <0,9	0,7 ≤ V <0,9
0,9 ≤ Resultado ≤ 1,1	1

V = Resultado da Fórmula

Fonte de dados

TISS, CADOP e DIOPS

Numerador - ANS/Sistema TISS.

Denominador - Cadastro de Operadoras (CADOP/ANS); Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS; ANEXO Capítulo II Elenco das Contas - DESPESAS do PLANO DE CONTAS PADRÃO da ANS.

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
Autogestão por RH.	1	Não se aplica (não é calculado)
OPS não enviou 4 trimestre do DIOPS.	2	Inconsistente (nota zero)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	3	Inconsistente (nota zero)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base	4	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos	5	Inconsistente (nota zero)

Crítica	Prioridade	Cálculo
arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base		
A OPS não teve lançamento incorporado ao banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	6	Inconsistente (nota zero)
OPS não tem valor informado no TISS e tem despesa assistencial > zero no DIOPS	7	Inconsistente (nota zero)
OPS não tem despesa assistencial no DIOPS e tem valor informado no TISS > zero	8	Inconsistente (nota zero)
Operadora não tem valor informado no TISS e não tem despesa assistencial informada no DIOPS	9	Não se aplica (não é calculado)

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 de Despesa dos Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados 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 oitavo da Resolução Normativa nº 527, de 29 de abril de 2022:

§ 2º As autogestões que operam por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado ficam dispensadas do cumprimento do disposto no § 1º.

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Plano de Contas Padrão ANS: Resolução Normativa - RN nº 528 de 29 de abril de 2022, dispõe sobre o Plano de Contas Padrão para as operadoras de planos de assistência à saúde;
.....Resolução Normativa - RN nº 527 de 29 de abril de 2022, que dispõe sobre a versão XML (Extensible Markup Language) do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS.

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

Nomenclatura Simplificada

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

Conceito

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

Método de cálculo

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

Definição de termos utilizados no indicador

Valor, em reais, do somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais - corresponde ao somatório do conteúdo do campo 058

(“valor total de glosa”) do Componente de Conteúdo e Estrutura do Padrão TISS vigente nas guias incorporadas ao banco de dados da ANS no período selecionado. A variável “valor total de glosa” designa o somatório dos valores glosados, definidos após análise das cobranças e dos recursos interpostos pelos prestadores. Assim, seus valores podem não corresponder à diferença entre o valor cobrado e o valor pago em procedimentos e itens assistenciais constantes de uma mesma guia. Todos os valores de glosa diferentes de zero serão considerados no cálculo do indicador, excetuando-se as situações elencadas nos critérios de exclusão.

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 procedimento/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.

Observação: Para o cálculo do indicador é utilizado o mesmo conceito de Guia Fechada utilizado no Painel de Glosa. Ou seja, são consideradas apenas as guias fechadas para compor o cálculo do indicador.

Guias fechadas = guias cuja soma do valor pago + valor de glosa é maior ou igual ao (valor informado -1). Dessa forma, diferenças de até R\$ 1,00 não serão consideradas no cálculo do indicador.

Critérios de Exclusão

Serão desconsideradas:

- as guias com origem = 4 (Reembolso);
- as guias cuja forma de pagamento seja em valor preestabelecido;
- as informações referentes ao fornecimento direto de itens assistenciais aos beneficiários;
- as guias referentes aos atendimentos em rede própria de mesmo CNPJ, visto que nessa situação não há pagamento uma vez que os serviços são prestados pela própria operadora; e
- as guias cujo atendimento foi prestado por meio de uma operadora intermediária.

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 (separada por segmento - Médico-Hospitalar – MH e Odontológico – OD), melhor a pontuação alcançada no indicador, sendo a pontuação máxima alcançada na situação de resultado do indicador igual ou inferior ao percentil 15, ou seja, quando a operadora está entre os 15% de operadoras do segmento MH ou OD que menos glosam.

O cálculo do percentil depende dos resultados dos indicadores que utilizam a o percentil como parâmetro, de todas as operadoras avaliadas. Portanto, não existe a possibilidade de disponibilização prévia.

O percentil 15 (P 15) e percentil 85 (P 85) separados por segmento (MH e OD) são disponibilizados no portal da ANS, em conjunto com os resultados do IDSS do ano-base avaliado, no documento intitulado “Parâmetros do Setor”.

Pontuação

As operadoras serão classificadas nas faixas por meio de percentis (Pa), calculados sobre as taxas obtidas de todas as operadoras, separadas por segmento Médico-Hospitalar – MH e Odontológico – OD, no período analisado, conforme quadro a seguir.

Indicador	Pontuação
Resultado	Valor de 0 a 1
Resultado > P85	0
P15 < Resultado ≤ P85	1-v
Resultado ≤ P15	1

$$V = [((P15 < Resultado \leq P85) - P15) / (P85 - P15)]$$

Primeiro, os resultados das operadoras são classificados separadamente por segmento – MH e OD. Em seguida, são calculados os percentis 15 e 85 para cada segmento. Então, o resultado da operadora é classificado em uma das 3 faixas do quadro acima, que indica como será apurada a pontuação da operadora.

Ou seja, a pontuação final das operadoras neste indicador será consequência da ordenação e classificação dos resultados obtidos para todas as operadoras do segmento.

Os valores dos percentis (P15 e P85) dependem dos resultados de todas as operadoras e são divulgados na divulgação preliminar dos resultados do Programa de Qualificação Operadoras (PQO) para cada operadora e na divulgação final, no portal da ANS, sendo feita a diferenciação dos percentis do setor por segmentação (grupo MH ou OD).

Assim, operadoras classificadas dentro do percentil 15 (P15), isto é, o grupo de operadoras que representem 15% das operadoras do segmento MH ou OD que menos glosam, receberão nota máxima (pontuação = 1). Operadoras

classificadas acima do percentil 85 receberão nota zero no indicador. Operadoras que estiverem entre o percentil 15 e o percentil 85 receberão pontuação entre 0 e 1, conforme fórmula apresentada: $V = [((P15 < \text{Resultado} \leq P85) - P15) / (P85 - P15)]$.

Fonte de dados

TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)

Observação: Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).

Numerador: Sistema TISS.

Denominador: Sistema TISS.

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a

não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que **durante o processamento**, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	1	Inconsistente (nota zero)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base	2	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente (nota zero)
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	4	Inconsistente (nota zero)
OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência. Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.	5	Inconsistente (nota zero)

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS informou zero glosa no TISS e informou glosa maior que zero no DIOPS	6	Inconsistente (nota zero)
OPS não tem valor informado no TISS e não tem despesa assistencial informada no DIOPS	7	Não se aplica (não é calculado)
Operadora não informou data de pagamento nas guias TISS	8	Inconsistente (nota zero)

O cálculo do indicador não se aplica à operadora que incorrer na crítica elencada como prioridade 2 e 7 o resultado do indicador será zero quando a operadora incorrer nas demais críticas de inconsistência (1, 3, 4, 5, 6 e 8).

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.

Divergência entre o valor informado pelo prestador e o devido pela operadora trata-se de questão subjacente à relação contratual estabelecida entre operadora e prestador, a ser resolvida entre as partes.

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

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

Nomenclatura Simplificada

Qualidade dos Dados do Diagnóstico

Conceito

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

Método de cálculo

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

Definição de termos utilizados no indicador

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

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

Tabela de CID Inespecíficos:

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

Interpretação do indicador

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

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

Usos

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

Meta

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

Entretanto, para estimular o aprimoramento do processo de troca de informações na saúde suplementar, será considerada uma meta ainda distante do desejado: 30%.

Pontuação

Resultado: número resultante do cálculo.

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

Resultado do IDGR + (IDGR*0,10)

O cálculo desse indicador não se aplica quando:

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

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

Fonte de dados

TISS - Sistema de Troca de Informações na Saúde Suplementar

Observação: Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este

motivo, é possível que **durante o processamento**, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
A OPS não tem beneficiários em planos com segmentação hospitalar	1	Não se aplica (não é calculado)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	2	Inconsistente (nota zero)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base	3	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	4	Inconsistente (nota zero)
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente (nota zero)
OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência. Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.	6	Inconsistente (nota zero)
A OPS não informou eventos de internação no período analisado e QT_MEDIA_BENE_HOSPITALAR > (0,10%* QT_MEDIA_BENEFICIARIOS)	7	Inconsistente (nota zero)
A OPS não possui eventos de internação com CID preenchido	8	Não se aplica (não é calculado)

Ações esperadas

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

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

Limitações e vieses

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

Este indicador só avalia a qualidade do CID principal, não contemplando os CID secundários preenchidos para os eventos de internação nas Guias TISS.

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

-Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

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

Ministério da Saúde/ANS. Padrão TISS - Componente Organizacional – fevereiro de 2015.