2.10 Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Atributo: Qualidade Monitorada. (BÔNUS até 20%)

Nomenclatura Simplificada

Monitoramento da Qualidade Hospitalar

Conceito

Mensura a proporção de utilização pelos beneficiários da operadora, de rede de hospitais gerais que participam efetivamente do Programa de Monitoramento da Qualidade da Assistência Hospitalar (PM-Qualiss Hospitalar) comparativamente ao total de utilização da rede de hospitais gerais da operadora.

O PM-Qualiss Hospitalar é parte integrante do Qualiss e avalia o desempenho dos prestadores de serviços hospitalares que atuam na saúde suplementar, por meio de coleta mensal de indicadores assistenciais.

No programa estão incluídos exclusivamente os hospitais classificados como Hospital Geral. Dessa forma, para o cálculo deste indicador, são considerados os prestadores de serviços de saúde da rede da Operadora, classificados como Hospital Geral, e que estejam com cadastro ativo no RPS.

Serão considerados para cálculo deste indicador, os hospitais com o atributo de qualificação: "qualidade monitorada" que participaram efetivamente no programa. A participação efetiva requer o reporte de dados nas 12 competências do ano base avaliado.

Quadro 1:

Rede	Atributo de Qualidade	Ícone	Legenda
Hospitais	PM-QUALISS Hospitalar	**Q**	Programa de Monitoramento da Qualidade da Assistência Hospitalar

Método de Cálculo

Total de Utilização de rede de Hospitais Gerais que participam do PM-QUALISS Hospitalar
Total de Utilização de rede de Hospitais Gerais

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

A= Atributo Qualidade Monitorada: Participação efetiva no PM-Qualiss Hospitalar, com cumprimento de todos os critérios estabelecidos pelo Programa para a

divulgação do referido ano-base; se a rede prestadora possui um dos atributos de qualidade do Quadro 1, então, Ai = 1, senão, Ai = 0

UT= Total de Utilização de rede com atributo "qualidade monitorada"
URQ= Frequência de utilização de rede qualificada (prestador com atributo "qualidade monitorada"
UNQ= Utilização não qualificada
PNQ = Prestador não qualificado

Definição de termos utilizados no indicador

Total de Utilização de rede de Hospitais participantes do PM-Qualiss Hospitalar - É a soma do número de guias TISS dos hospitais gerais que participam efetivamente do PM-QUALISS Hospitalar.

Total de Utilização de rede de Hospitais Gerais - É a soma do número de guias TISS de todos os prestadores hospitalares gerais.

Interpretação do Indicador

Permite avaliar a frequência com que os beneficiários são atendidos em hospitais gerais, que participam do PM-QUALISS Hospitalar 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 hospitalar oferecida aos beneficiários.

Usos

Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde a buscar a melhoria da qualidade da sua rede prestadora de serviços hospitalares.

Meta

A meta é atingir um resultado igual ou superior a 90% para a frequência de internações de beneficiários da operadora em hospitais que participam efetivamente do PM-QUALISS Hospitalar, para que a operadora faça jus à bonificação máxima de 20% sobre a nota da dimensão IDGA sem bônus, conforme a tabela a seguir:

Pontuação

Indicador	**Pontuação Bônus**
Resultado	**Valor**
Resultado ≤ 0,30	0
0, 30 < Resultado ≤ 0,50	5%
0, 50 < Resultado < 0,70	10%
0, 70 ≤ Resultado < 0,90	15%
Resultado ≥ 0,90	20%

Por ser um indicador de bonificação, de participação voluntária, a representação do resultado da operadora será ilustrada na escala de cores do programa de forma binária: operadoras bonificadas serão representadas no ponto máximo (verde), e operadoras não bonificadas serão representadas no ponto mínimo (vermelho), 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 IDGA.

Resultado do Indicador	Representação na escala de cores: entre 0 (zero) e 1 (um)
De 5% a 20% no IDGA	 Operadora bonificada
0% no IDGA	 Operadora não bonificada

Fontes de dados

Numerador

- TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)
    - Hospitais Gerais: Guias do tipo de resumo de internação por hospital geral, por operadora
- RPS - Sistema de Registro de Planos de Saúde
- PM-QUALISS Hospitalar
    - Hospitais que participam efetivamente do PM-QUALISS Hospitalar (a participação efetiva consiste no reporte dos dados dos indicadores cumprindo todos os critérios estabelecidos pelo Programa para a divulgação do referido ano-base).
- CNES – Cadastro no CNES como Hospital Geral ou Pronto Socorro Geral.

Denominador

- TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)

- Hospitais Gerias: Guias do tipo de resumo de internação por hospital geral, por operadora.

- RPS - Sistema de Registro de Planos de Saúde

Críticas Aplicáveis

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).

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.

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

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)

Crítica	Prioridade	Cálculo
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)
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)

Crítica	Prioridade	Cálculo
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 gerais participantes do PM QUALISS Hospitalar 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.
- 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.

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2022, 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.