

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

| |
|--|
| $\frac{\text{Número, até duas consultas ambulatoriais com médico generalista para idoso univocamente identificado na faixa etária de 60 anos ou mais}}{\text{Média de beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais em planos que contenham a segmentação ambulatorial, no período considerado}}$ |
|--|

Definição de termos utilizados no Indicador

Consultas com Generalista para Idosos - Para fins do PQO, 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. 2ª 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.