

ANEXO I

RELAÇÃO DOS INDICADORES, COM AS RESPECTIVAS METODOLOGIAS ESTATÍSTICAS A SEREM UTILIZADAS NO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR - COMPONENTE OPERADORAS - REFERENTE AO ANO DE 2013

1 – Indicadores da dimensão da atenção à saúde

- 1.1 - Taxa de citopatologia cérvico vaginal oncotíca;
- 1.2 - Taxa de mamografia;
- 1.3 - Proporção de parto cesáreo;
- 1.4 – Número de Consultas Médicas Ambulatoriais por Beneficiário – poderá ser aplicada metodologia de padronização indireta por faixa etária e sexo;
- 1.5 – Taxa de Internação Hospitalar - poderão ser aplicadas as metodologias estatísticas do Bayes Empírico e a da padronização indireta por faixa etária e sexo;
- 1.6 – Proporção de consulta médica em pronto socorro – poderá ser aplicada a metodologia estatística do Bayes Empírico;
- 1.7 – Índice de sessões de quimioterapia sistêmica por consulta médica;
- 1.8 – Taxa de internação por fratura de fêmur em idosos - poderão ser aplicadas as metodologias estatísticas do Bayes Empírico e a da padronização indireta por faixa etária e sexo;
- 1.9 – Número de consultas médicas ambulatoriais selecionadas por beneficiário com 60 anos ou mais - poderá ser aplicada metodologia estatística de padronização indireta por faixa etária e sexo;
- 1.10 – Número de consultas odontológicas iniciais por beneficiário;
- 1.11 - Taxa de aplicação tópica profissional de flúor;
- 1.12 - Taxa de raspagem supra-gengival;
- 1.13 - Taxa de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído;
- 1.14 - Taxa de exodontia de permanente;
- 1.15 – Proporção de próteses odontológicas unitárias;
- 1.16 – Programa de Promoção da Saúde e prevenção de Riscos e Doenças

2 – Indicadores da dimensão econômico-financeira

- 2.1 – Enquadramento em garantias financeiras**
- 2.2 – Patrimônio Líquido por faturamento**
- 2.3 – Liquidez corrente**
- 2.4 – Prazo médio de pagamento de eventos**
- 2.5 – Suficiência em ativos garantidores vinculados**

3 - Indicadores da dimensão estrutura e operação

- 3.1 - Dispersão de procedimentos e serviços básicos de saúde;**
- 3.2 - Dispersão da rede assistencial hospitalar;**
- 3.3 - Dispersão de serviços de urgência e emergência 24 horas;**
- 3.4 - Dispersão da rede assistencial odontológica;**
- 3.5 - Percentual de qualidade cadastral; e**
- 3.6 - Índice de regularidade de envio dos sistemas de informação.**

4 - Indicadores da dimensão satisfação do beneficiário:

- 4.1 - Proporção de beneficiários com desistência no primeiro ano;**
- 4.2 - Sanção pecuniária em primeira instância;**
- 4.3 – Índice de reclamações**

ANEXO II

FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR – COMPONENTE OPERADORAS, AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO REFERENTE AO ANO DE 2013

1- INDICADORES DA DIMENSÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE (IDAS)

1.1 - TAXA DE CITOPATOLOGIA CÉRVICO-VAGINAL ONCÓTICA

Conceito

Número médio de procedimentos diagnósticos em citopatologia cérvico-vaginal oncológica para cada 100 beneficiárias da operadora na faixa etária de 25 a 59 anos fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Método de cálculo

$\frac{\text{Número de procedimentos diagnósticos em citopatologia cérvico-vaginal oncológica em beneficiárias de 25 a 59 anos fora do período de carência}}{\text{Total de beneficiárias na faixa etária de 25 a 59 anos fora do período de carência para o procedimento}} \times 100$

Definição de termos utilizados no indicador

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

Período de Carência – Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do indicador

Permite estimar a cobertura do procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncotíca, ou seja, inferir a frequência relativa da população beneficiária 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 dos profissionais de saúde e das beneficiárias para a realização do procedimento, 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.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Segundo a publicação Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero – INCA 2011, a realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero (OMS, 2010). Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero.

Países com cobertura superior a 50% do exame citopatológico realizado a cada três a cinco anos apresentam taxas inferiores a três mortes por 100 mil mulheres por ano e, para aqueles com cobertura superior a 70%, essa taxa é igual ou menor que duas mortes por 100 mil mulheres por ano. As taxas de incidência estimada e de mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem estruturados.

O principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero) para detecção das lesões precursoras. Segundo a Organização Mundial de Saúde (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 60% a 90% da incidência de câncer invasivo do colo do útero na população (OMS, 2002). A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência de câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura e seguimento das mulheres (OMS, 2008).

Segundo as diretrizes brasileiras, o exame de Papanicolau deve ser disponibilizado às mulheres com vida sexual ativa, prioritariamente àquelas da faixa etária de 25 a 59 anos, definida como a população-alvo. Essa faixa etária é justificada por ser a de maior ocorrência das lesões pré-malignas de alto grau, passíveis de serem efetivamente tratadas e não evoluírem para câncer. A continuidade do rastreamento após os 60 anos deve ser individualizada e, após os 65 anos, a recomendação é de suspender o rastreamento se os últimos exames estiverem normais.

Recomendações:

- 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.
- 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, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (B).

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 imuno-deprimidas. Estas devem realizar o exame anualmente, pois 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 (INCA, 2003).

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.

Meta

A meta anual é atingir um resultado igual ou superior a 28 exames de citopatologia cérvico-vaginal oncológica para cada 100 beneficiárias na faixa etária de 25 a 59 anos, considerando a realização de um exame a cada três anos, em 80% das mulheres nessa faixa etária.

Pontuação

TAXA DE CITOPATOLOGIA CÉRVICO-VAGINAL ONCÓTICA	Pontuação
Resultado do indicador	Valor de 0 a 1
Resultado = 0	0
0 < Resultado < 28	0 < V < 1
Resultado ≥ 28	1

V= (Resultado >0 e <28)/28

Fonte de dados

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item C.3 “Procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncótica em mulheres de 25 a 59 anos”; coluna II (Eventos)

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item C.3 “Procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncótica em mulheres de 25 a 59 anos”; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência)

Ações esperadas para causar impacto no indicador

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 atendidas nos serviços de saúde.

Pactuar e sensibilizar 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.

Para as operadoras que não conseguem identificar seus beneficiários de acordo com os critérios estabelecidos pelo indicador, a expectativa é que organizem o seu sistema de informação.

Limitações e vieses

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

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

Referências

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Normas e recomendações do Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Revista Bras. de Cancerologia**, v. 48, n. 3, p. 317-332, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Programa Nacional de Prevenção do Câncer**, 2000.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Programa Nacional de Controle de Câncer do Colo de Útero – Viva Mulher**

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: acesso e utilização de serviços de saúde 2003. Rio de Janeiro, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **National Cancer Control Programs, Policies and managerial guidelines**. 2nd Edition. Genebra, 2002.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, DF, 2008.

- Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

1.2 - TAXA DE MAMOGRAFIA

Conceito

Número médio de mamografias para cada 100 beneficiárias da operadora na faixa etária de 50 a 69 anos fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de mamografias em beneficiárias na faixa etária de 50 a 69 anos fora do período de carência}}{\text{Total de beneficiárias na faixa etária 50 a 69 anos fora do período de carência para o procedimento}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no indicador

Mamografia Exame radiológico para a detecção de alterações do tecido mamário que serve para o rastreamento do câncer de mama.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do indicador

Permite estimar a cobertura do procedimento mamografia em beneficiárias na faixa etária de 50 a 69 anos.

O indicador permite avaliar indiretamente o alcance da mobilização da população beneficiária em relação ao rastreamento do câncer de mama em um determinado período de tempo. Taxas reduzidas podem refletir dificuldades de

sensibilização e captação da população beneficiária para o rastreamento de câncer de mama, ou dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Usos

Avaliar a evolução da realização de mamografias, identificando tendências de cobertura deste procedimento, com vistas a inferir a detecção precoce do câncer de mama.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O câncer de mama identificado em estágios iniciais, quando as lesões são menores de dois centímetros de diâmetro, apresenta prognóstico mais favorável e elevado percentual de cura.

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 teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer.

O rastreamento é uma estratégia dirigida às mulheres na faixa etária em que o balanço entre benefícios e riscos da prática é mais favorável, com maior impacto na redução da mortalidade.

Em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, com cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado, a mortalidade por câncer de mama vem diminuindo. As evidências do impacto do rastreamento na mortalidade por esta neoplasia justificam sua adoção como política de saúde pública, tal como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Conforme as orientações do Programa nacional de controle do câncer de mama no Brasil, a mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos

recomendados para o rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher.

A recomendação para as mulheres de 50 a 69 anos é a realização da mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anual. A mamografia nesta faixa etária e a periodicidade bienal é a rotina adotada na maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado do câncer de mama e baseia-se na evidência científica do benefício desta estratégia na redução da mortalidade neste grupo. Segundo revisões sistemáticas recentes, o impacto do rastreamento mamográfico na redução da mortalidade por câncer de mama pode chegar a 25%.

Para as mulheres de 40 a 49 anos, a recomendação é o exame clínico anual e a mamografia diagnóstica em caso de resultado alterado do ECM. Segundo a OMS, a inclusão desse grupo no rastreamento mamográfico tem hoje limitada evidência de redução da mortalidade.

Além desses grupos, há também a recomendação para o rastreamento de mulheres com risco elevado de câncer de mama, cuja rotina deve se iniciar aos 35 anos, com exame clínico das mamas e mamografia anuais. Segundo o Consenso de Mama, risco elevado de câncer de mama inclui: história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau antes dos 50 anos ou de câncer bilateral ou de ovário em qualquer idade; história familiar de câncer de mama masculino; e diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*. As mulheres com risco elevado de câncer de mama devem ter acompanhamento clínico individualizado.

Meta

A meta anual é atingir um resultado igual ou superior a 60 mamografias para cada 100 beneficiárias na faixa etária de 50 a 69 anos, considerando a realização de um exame em mulheres dessa faixa etária a cada 2 anos.

Pontuação

TAXA DE MAMOGRAFIA	Pontuação
Resultado do indicador	Valor de 0 a 1
Resultado = 0	0
0 < Resultado < 60	0 < V < 1
Resultado ≥ 60	1

V= (Resultado >0 e <60)/60

Fonte de dados

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item C10.1 “Mamografia em mulheres de 50 a 69 anos”; Coluna II (Eventos).

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Itens C10.1 “Mamografia em mulheres de 50 a 69 anos”; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência)

Ações esperadas para causar impacto no indicador

Incentivar a realização da mamografia para o rastreamento do câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos.

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

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

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

A utilização do total de mamografias realizadas para o cálculo deste indicador, poderá levar à superestimação do resultado, tendo em vista a possibilidade de beneficiárias que realizaram mais de um exame num mesmo período, assim como a freqüência diferenciada de realização do procedimento em grupos de alto risco.

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

Referências

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Normas e recomendações do Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Revista Bras. de Cancerologia**, v. 48, n. 3, p. 317-332, 2002.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, DF, 2008.

ALBERTA MEDICAL ASSOCIATION (Canadá). **Canadian Guideline for The Early Detection of Breast Cancer**. Alberta, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Consenso para o controle do câncer de mama**. Brasília, DF, 2004. 39 p.

1.3 - PROPORÇÃO DE PARTO CESÁREO

Conceito

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

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de partos cesáreos em beneficiárias fora do período de carência}}{\text{Total de partos (normais + cesáreos) em beneficiárias fora do período de carência para o procedimento}} \times 100$$

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.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do Indicador

Permite estimar 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, acima do padrão de 15% definido pela Organização Mundial de Saúde - OMS, pode refletir um acompanhamento pré-natal inadequado e/ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal.

Usos

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

Subsidiar a elaboração e a avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção materno-infantil e a assistência médico-hospitalar prestada aos beneficiários de planos de saúde.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

No Brasil, ocorrem cerca de 3 milhões de nascimentos ao ano, sendo grande parte deles por meio de cesarianas. As taxas de cesariana são altas e ascendentes em todo território nacional, em todas as faixas de idade, incluindo as adolescentes.

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

A cesariana é um procedimento cirúrgico com indicações bem estabelecidas, o que não justifica o seu aumento alarmante. 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 a mãe e, principalmente, para o recém-nascido.

Entre os potenciais riscos associados à cesariana, particularmente a cirurgia eletiva, está o nascimento prematuro. A prematuridade é reconhecida como um dos principais determinantes da morbimortalidade infantil, mesmo entre aqueles recém-natos quase a termo.

A Portaria Técnica/GM nº 466, de 14 de maio de 2000, estabelece limites percentuais, por estado, para a realização de partos cesáreos, bem como critérios progressivos para o alcance do valor máximo de 25% para todos os estados brasileiros. Percentuais elevados podem significar, entre outros fatores, a concentração de partos considerados de alto risco, em municípios onde existem unidades de referência para a assistência ao parto.

A análise deste indicador evidenciou que a parto cirúrgico predomina no mercado privado de planos de saúde no Brasil. Foram identificadas altas taxas de cesariana, variando de 64,30% em 2003 a 83,56% em 2009, valores muito acima dos 15% recomendados pela OMS. O impacto negativo desta taxa, nos dados nacionais, é expressivo, pois a proporção de cesarianas no Setor de Saúde Suplementar é cerca de três vezes maior que a proporção encontrada no SUS e duas vezes maior que a média nacional.

Comparada às taxas mundiais, observa-se que os valores do setor suplementar são os mais elevados: nos países que compõem a OECD (*Organization for Economic Cooperation and Development*), a variação nas taxas de cesarianas foi desde taxas baixas de 14-18% na Holanda, Noruega, Finlândia, Islândia e Bélgica até taxas consideradas muito altas como as encontradas na Turquia, Itália e México (36 a 39,9%). As taxas também foram muito mais altas que a média nos Estados Unidos, Portugal, Hungria e Austrália (variando de 30 a 31%).

Meta

A meta é atingir um resultado igual ou inferior a 45% de partos cesáreos, no período considerado.

Pontuação

PROPORÇÃO DE PARTO CESÁREO	Pontuação
Resultado do indicador	Valor de 0 a 1
Resultado ≥ 90	0
Resultado $>45 \text{ e } < 90$	$0 < V < 1$
Resultado ≤ 45	1

$$V = 1 - (((\text{Resultado} > 45 \text{ e } < 90) - 45) / 45)$$

Fonte de dados

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item E3.2 “Parto cesáreo”; coluna II (Eventos)

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Itens E3.1 “Parto normal” + E3.2 “Parto cesáreo”; coluna II (Eventos)

Ações esperadas para causar impacto no indicador

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

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

Implantar um sistema de informações sobre indicações de cesáreas a fim de supervisionar a adequabilidade das indicações.

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 materno neonatal.

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

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.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Programa de Qualificação da Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, DF, 2005. 158 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em abr. 2007.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília, DF, 2005. 158 p.

As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas – Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância Sanitária. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde.

1.4 - NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS POR BENEFICIÁRIO

Conceito

Número de consultas médicas ambulatoriais em relação ao número total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Método de Cálculo

Número de consultas médicas ambulatoriais
Número total de beneficiários fora do período de carência

Definição de termos utilizados no Indicador

Número de Consultas médicas ambulatoriais: Atendimentos prestados em regime ambulatorial por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do Indicador

Permite estimar a cobertura de consultas médicas ambulatoriais em relação ao total de beneficiários fora do período de carência.

Aponta situações de dificuldade de acesso.

Usos

Avaliar a evolução da realização das consultas médicas ambulatoriais, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso.

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.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002, estimou a necessidade de 3 consultas médicas/pessoa/ano.

Meta

Apresentar um resultado igual ou superior a 3 consultas médicas/beneficiário/ano.

Pontuação

Número de consultas médicas por beneficiário	Pontuação
Resultado = 0	0
Resultado > 0 e < 3	v (>0 e <1)
Resultado ≥ 3	1

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

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A. 1 “Consultas médicas ambulatoriais”; coluna II (Eventos ocorridos)

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A.1 “Consultas médicas ambulatoriais”; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência)

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários, identificar as necessidades de saúde dos indivíduos e adotar estratégias de busca ativa para a captação de beneficiários com vistas a possibilitar o acesso aos serviços de saúde.

Limitações e Vieses

Por apresentar o resultado como um valor médio, o indicador pode ser influenciado pela contagem cumulativa de consultas médicas em um mesmo beneficiário no período considerado.

O indicador pode ser influenciado pela infra-estrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso às consultas médicas selecionadas.

Referências

CADERNO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, [dez] 2010. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101/GM**, de 12 de junho de 2002.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, DF, 2008.

1.5 - TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Conceito

Número médio de internações hospitalares para cada 100 beneficiários da operadora fora do período de carência para internações hospitalares, no período considerado.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de internações hospitalares em beneficiários fora do período de carência}}{\text{Total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no Indicador

Internações hospitalares - Internações prestadas em regime hospitalar, ou seja, aquele em que o paciente recebe o atendimento em ambiente hospitalar.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do Indicador

Permite estimar a cobertura de internações hospitalares em relação ao total de beneficiários fora do período de carência para internações hospitalares.

Aponta situações de dificuldade de acesso aos serviços de internação hospitalar, por indisponibilidade de leitos ou pela existência de barreiras e mecanismos de regulação.

A produção elevada de internações hospitalares pode apontar a incapacidade da operadora em evitar parte das internações hospitalares por meio do acesso à atenção básica e/ou pelo desenvolvimento de ações de prevenção de riscos e doenças.

Usos

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

Avaliar a evolução da realização de internações hospitalares, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de alta complexidade.

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

O indicador é influenciado pela infra-estrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso às internações hospitalares.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002, estimou que de 7% a 9% da população apresentam necessidade de internações hospitalares durante um ano.

Meta

A meta é atingir um resultado maior ou igual a 70% da **mediana do setor** (MS) por porte, no período considerado.

Pontuação

TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	Pontuação
Resultado ≤ MS x 0,20	0
MS x 0,20 < Resultado < MS x 0,70	0 < V < 1
Resultado ≥ MS x 0,70	1

$$V = ((MS \times 0,20 < Resultado < MS \times 0,70) - MS \times 0,20) / (MS \times 0,7 - MS \times 0,2)$$

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item E “Internações”; **Regime de internação** “1. Hospitalar”; coluna II (Eventos)

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item E “Internações”; **Regime de internação** “1. Hospitalar”; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência)

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

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.

Sensibilizar e pactuar com os prestadores sobre a importância das da qualificação da assistência hospitalar, através da identificação das necessidades de saúde dos indivíduos e da adoção de estratégias para a ampliação do acesso aos serviços de internação hospitalar, assim como, acesso oportuno aos serviços de atenção básica a fim de minimizar as internações desnecessárias (essa estratégia não se aplica às operadoras que comercializam apenas planos da segmentação hospitalar).

Limitações e Vieses

A utilização do total de internações hospitalares para o cálculo deste indicador poderá levar a superestimação do resultado, tendo em vista a possibilidade de contagem cumulativa de internações hospitalares de um mesmo beneficiário. O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada por uma determinada operadora.

Referências

CADERNO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, [dez] 2010. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101/GM**, de 12 de junho de 2002.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, DF, 2008.

1.6 - PROPORÇÃO DE CONSULTA MÉDICA EM PRONTO SOCORRO

Conceito

Percentual do número de consultas médicas em pronto socorro e o número total de consultas médicas ocorridas em um período.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de Consultas Médicas em Pronto Socorro}}{\text{Total de Consultas Médicas}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no Indicador

Consultas médicas em pronto socorro – Atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina em pronto socorro.

Consultas médicas - Atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico, em regime ambulatorial e em pronto socorro, de caráter eletivo, urgência ou emergência, em beneficiários fora do período de carência.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do Indicador

Possibilidade de indicar situações de dificuldade de acesso à assistência à saúde, pela demora na marcação de consultas ambulatoriais ou na realização

de exames laboratoriais e radiológicos ou, ainda, pela indisponibilidade de prestadores de serviços de saúde.

A produção elevada de consultas em pronto socorro pode apontar a incapacidade da operadora em evitá-las por meio de ações de prevenção de riscos e doenças e maior oferta dos serviços de atenção básica.

Usos

Avaliar a evolução da realização de consultas em pronto socorro, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de atenção básica.

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

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002, estimou que cerca de 15% do total de consultas médicas decorrem de situações de urgência e emergência.

Meta

A meta é atingir um resultado maior ou igual a 5% e menor ou igual a 20% de Consultas Médicas em Pronto Socorro com relação ao total de Consultas Médicas, no período considerado. O parâmetro inferior de 5% foi estabelecido, considerando as situações de urgência e emergência não evitáveis por ações de iniciativa da operadora.

Pontuação

PROPORÇÃO DE CONSULTA MÉDICA EM PRONTO SOCORRO	Pontuação
Resultado = 0 ou Resultado > 20	0
0 < Resultado < 5	0 < V < 1
5 ≤ Resultado ≤ 20	1

$v=(0 < \text{Resultado} < 5)/5$

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A.2 “Consultas médicas em pronto socorro”; coluna II (Eventos)

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A “Consultas médicas”; coluna II (Eventos)

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários e identificar as necessidades de saúde dos indivíduos.

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.

Limitações e Vieses

O indicador pode ser influenciado pela possibilidade de contagem cumulativa de consultas em pronto socorro 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 pela infra-estrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso às consultas em atenção básica.

Referências

CADERNO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, [dez] 2010. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101/GM**, de 12 de junho de 2002.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, DF, 2008.

1.7 - ÍNDICE DE SESSÕES DE QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA POR CONSULTA MÉDICA

Conceito

Percentual de sessões de quimioterapia sistêmica para o tratamento de câncer em relação ao número de consultas médicas, no período considerado.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de sessões de quimioterapia sistêmica}}{\text{Número de consultas médicas}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no indicador

Sessões de quimioterapia sistêmica – Sessões de quimioterapia sistêmica, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluídos os honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

Consultas médicas - Atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico, em regime ambulatorial e em pronto socorro, de caráter eletivo, urgência ou emergência, em beneficiários fora do período de carência.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do indicador

É um indicador de cobertura que estima o número Sessões de quimioterapia para o tratamento de Câncer em relação às Consultas Médicas.

Possibilidade de indicar situações de dificuldade de acesso aos serviços de terapia, pela demora na marcação das sessões de quimioterapia ou, ainda, pela indisponibilidade de prestadores de serviços de saúde.

Usos

Avaliar a evolução da realização de sessões de quimioterapia, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de tratamento de neoplasias.

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.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

De acordo com o INCA – Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde, estima-se que o Câncer acomete de 0,13% a 0,24% da população, anualmente.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1101/2002, estabelece que a necessidade de Sessões de quimioterapia para o tratamento de Câncer varia entre 0,07% e 0,27% do total das Consultas Médicas.

Essa portaria também estima que 70% das pessoas que desenvolvem Câncer deverão ser submetidas à Quimioterapia.

Meta

A meta é atingir um resultado igual ou superior a 0,07% de sessões de Quimioterapia sistêmica em relação ao total de Consultas Médicas, no período considerado.

Pontuação

ÍNDICE DE SESSÕES DE QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA POR CONSULTA MÉDICA	Pontuação
Resultado = 0	0
0 < Resultado < 0,07	0 < V < 1
Resultado ≥ 0,07	1

$$V = (0 < \text{Resultado} < 0,07)/0,07$$

Fonte

Numerador: Item D (Terapias); 2 “Quimioterapia Sistêmica”; coluna II (Eventos)

Denominador: Item A “Consultas médicas”; coluna II (Eventos)

Ações esperadas para causar impacto no indicador

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários e identificar as necessidades de saúde dos indivíduos.

Adotar estratégias para ampliar o acesso aos serviços de quimioterapia.

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.

Limitações e vieses

O indicador pode ser influenciado pela possibilidade de contagem cumulativa de sessões de quimioterapia 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 pela infra-estrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso às sessões de quimioterapia.

Referências

CADERNO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, [dez] 2010. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101/GM**, de 12 de junho de 2002.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, DF, 2008.

1.8 - TAXA DE INTERNAÇÃO POR FRATURA DE FÊMUR EM IDOSOS

Conceito

Número médio de internações hospitalares por Fratura de Fêmur para cada 100 beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais, fora do período de carência, no período considerado.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de internações hospitalares por fratura de fêmur em beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais fora do período de carência}}{\text{Total de beneficiários fora do período de carência com 60 anos ou mais de idade}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no indicador

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

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do indicador

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 a 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 a prevenção de quedas.

Usos

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

O indicador será aplicado somente para a segmentação ambulatorial + hospitalar com/sem obstetrícia.

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.

Meta

A meta é atingir um valor igual ou inferior à **mediana do setor por porte**, no período considerado.

Pontuação

TAXA DE INTERNAÇÃO POR FRATURA DE FÊMUR EM IDOSOS	Pontuação
Resultado ≤ MS	
MS < Resultado < 2MS	
Resultado ≥ 2MS	Este indicador não possui pontuação

$$V = (((MS < Resultado < 2MS) - MS) / MS)$$

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item E “Internações”; 2.4 “Fratura de Fêmur (60 anos ou mais)”; coluna II (Eventos).

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item E “Internações”; 2.4 “Fratura de Fêmur (60 anos ou mais)”; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência).

Ações esperadas para causar impacto no indicador

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

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.

Referências

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos** para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, DF, 2008.

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

1.9 - NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS SELECIONADAS POR BENEFICIÁRIO COM 60 ANOS OU MAIS

Conceito

Número médio de consultas ambulatoriais nas especialidades Clínica Médica e Geriatria por beneficiário na faixa etária de 60 anos ou mais no período considerado.

Método de cálculo

$$\frac{(\text{Total de consultas de Clínica Médica} \times 0,25) + \text{total de consultas em geriatria em beneficiários fora do período de carência na faixa etária de 60 anos ou mais.}}{\text{Total de beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais em planos que contenham a segmentação ambulatorial}}$$

Definição de termos utilizados no indicador

Consultas de Clínica Médica - Atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico, na especialidade de clínica médica em beneficiários fora do período de carência. Entre 1998 e 2010, o percentual de consultas em pessoas com 60 anos ou mais variou de 10,8 % a 25,1% em relação ao total de consultas médicas (DATASUS/MS, 2011). Dessa forma, adotou-se como 25%, a participação relativa de consultas voltadas para a faixa etária de 60 anos ou mais em relação ao total de consultas médicas realizadas.

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.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do indicador

Estima a cobertura de consultas médicas de clínica médica e geriatria em beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais de idade.

Aponta situações de dificuldade ou restrição de acesso dos beneficiários com 60 anos ou mais de idade.

Usos

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários e identificar as necessidades de saúde dos indivíduos.

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 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.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

A Programação das Ações de Vigilância em Saúde - PAVS (BRASIL, 2006) propõe a realização de 4 consultas por beneficiário com 60 anos ou mais de idade por ano, o equivalente a 3 consultas de clínica médica e 1 consulta especializada. Para a composição do indicador para fins do "Programa Qualificação Operadoras", a consulta geriátrica foi utilizada em substituição à consulta especializada.

Meta

A meta é atingir um resultado igual ou superior a 1 consulta na especialidade clínica médica ou geriatria, por beneficiário na faixa etária de 60 anos ou mais, fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Pontuação

NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS SELECIONADAS POR BENEFICIÁRIO COM 60 ANOS OU MAIS	Pontuação
Resultado = 0	0
0 < Resultado < 1	0 < V < 1
Resultado ≥ 1	1

$$V = (0 < \text{Resultado} < 1)/1$$

Fonte de dados

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A. "Consultas médicas"; 1. "sub item 1.5 Clínica Médica ; e subitem 1.9 – Geriatria); coluna II (Eventos)

Denominador: Número de Beneficiários do SIB (Sistema de Informações de Beneficiários) acima de 60 anos de idade para segmentação ambulatorial

Ações esperadas para causar impacto no indicador

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

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

Identificar as necessidades de saúde dos idosos e adotar estratégias para a captação e aumento da cobertura assistencial básica específica para esta faixa etária, assim como, das estratégias de prevenção de doenças.

Limitações e vieses

O indicador utiliza uma estimativa para o cálculo das consultas ambulatoriais de clínica médica realizadas em beneficiários fora do período de carência na faixa etária de 60 anos ou mais, uma vez que este dado não está disponível no SIP.

O indicador pode ser influenciado pela possibilidade de contagem cumulativa de consultas 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 infra-estrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso às consultas médicas selecionadas.

Referências

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

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, DF, 2008.

1.10 - NÚMERO DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS INICIAIS POR BENEFICIÁRIO

Conceito

Número médio de consultas odontológicas iniciais por beneficiário da operadora, fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Método de cálculo

Número total de consultas odontológicas iniciais em beneficiários fora do período de carência
Total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento

Definição de termos utilizados no indicador

Consultas odontológicas iniciais - Consultas odontológicas destinadas à elaboração do plano de tratamento, incluindo exame clínico, anamnese, preenchimento de ficha clínica odontolegal, diagnóstico das doenças/anomalias bucais do paciente e prognóstico.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do indicador

Estima o acesso da população exposta à assistência odontológica individual, visando à execução de um plano preventivo-terapêutico estabelecido a partir de uma avaliação/exame clínico.

A atenção odontológica em nível individual é uma importante estratégia para a qualificação do acesso à assistência na medida em que possibilita a avaliação

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

Usos

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

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

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.

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Em 2003, o Ministério da Saúde concluiu a realização de um levantamento epidemiológico, denominado *Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira* (MS, 2004), para avaliar os principais agravos bucais em diferentes grupos etários da população brasileira, tendo em vista que a ocorrência das doenças bucais ao longo da vida apresenta forte correlação com a idade do indivíduo. Dessa forma, o número de indivíduos em cada faixa

etária, ou idade-índice, foi preconizado de acordo com a prevalência e severidade das doenças bucais, não havendo correlação com a representatividade desses grupos etários na população brasileira.

Como o SB Brasil 2003 constitui um marco na epidemiologia em saúde bucal, representando a mais ampla pesquisa já empreendida no país, seus resultados do estudo foram referência para a construção dos parâmetros dos indicadores relacionados ao segmento odontológico do Programa de Qualificação das Operadoras.

O parâmetro utilizado para o indicador Consultas Odontológicas Iniciais baseou-se na necessidade de tratamento, em nível individual, das principais doenças bucais. A distribuição da necessidade de tratamento para a cárie dentária, segundo os grupos etários de 18 a 36 meses, 5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos, 65 a 74 anos e macrorregião do país, foi medida pelas variáveis TRATA_1 necessidade de restauração de 1 face, TRATA_2 necessidade de restauração de 2 ou mais faces, TRATA_3 necessidade de coroa, TRATA_4 necessidade de faceta estética, TRATA_5 necessidade de tratamento pulpar e restauração, TRATA_6 necessidade de extração e TRATA_8 necessidade de selante.

A distribuição da necessidade de tratamento periodontal, dos indivíduos com ceo-d/ COP-D=0, foi medida pelas variáveis MAXCPI_2 presença de cálculo, MAXCPI_3 presença de bolsa 4-5 mm, MAXCPI_4 presença de bolsa 6 mm e mais.

A Necessidade de tratamento para a cárie dentária e a necessidade de tratamento periodontal, segundo faixa etária, estão demonstradas no quadro a seguir:

Quadro: Número de indivíduos com necessidade de tratamento para cárie dentária e para doença periodontal, por faixa etária

Faixa Etária	Número de indivíduos	Número de indivíduos com necessidade de tratamento para cárie dentária	Número de indivíduos com ceo-d / CPO-D=0 e necessidade de tratamento periodontal	Número de indivíduos com necessidade de tratamento odontológico individual/100 indivíduos
18 a 36 meses	12.117	3.344	-	27,60
5 anos	26.641	14.931	-	56,05
12 anos	34.550	19.738	3.680	67,78
15 a 19 anos	16.833	11.139	1.864	77,25
35 a 44 anos	13.431	8.450	3.210	86,81
65 a 74 anos	5.349	1.670	393	38,57
Total	108.921	59.272	9.147	62,82

Fonte: Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – Resultados Principais.

Meta

A meta é atingir um resultado igual ou superior a 0,5 consultas odontológicas iniciais por beneficiário fora do período de carência, no período considerado.

Pontuação

Número de Consultas Odontológicas Iniciais por Beneficiário	Pontuação
Resultado = 0	0
0 < Resultado < 0,50	0 < v < 1
Resultado ≥ 0,50	1

$$V = (0 < \text{Resultado} < 0,50) / 0,50$$

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.1 “Consultas odontológicas iniciais”; coluna II (Eventos)

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.1 “Consultas odontológicas iniciais”, coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência)

Ações esperadas para causar impacto no indicador

Identificar os indivíduos acometidos pelas doenças cárie e periodontal e adotar estratégias de busca ativa para a captação de beneficiários e para o aumento da cobertura assistencial.

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.

Limitações e vieses

A utilização do total de consultas odontológicas iniciais para o cálculo deste indicador poderá levar à superestimação do resultado, tendo em vista a possibilidade de contagem cumulativa de consultas de um mesmo beneficiário.

Poderá ser influenciado pela infra-estrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso às consultas odontológicas iniciais.

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

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 493/GM, de 13 de março de 2006.** Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006. Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2006/portaria_493.pdf>.

Acesso em: 7 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003.** Brasília, DF, 2004. Disponível

em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/vigilancia.php>>. Acesso em: 7 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 91/GM, de 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, DF, 2008.

1.11 - TAXA DE APLICAÇÃO TÓPICA PROFISSIONAL DE FLÚOR

Conceito

Número médio de aplicações tópicas profissionais de flúor para cada 100 beneficiários fora do período de carência para a realização de procedimentos preventivos em odontologia, no período considerado.

Método de Cálculo

Número total de aplicações tópicas profissionais de flúor por hemi-arcada em beneficiários fora do período de carência $\div 4^1$

$\times 100$

Total de beneficiários fora do período de carência para procedimentos preventivos

Definição dos termos utilizados no indicador

Aplicações tópicas de flúor por hemi-arcada - Procedimentos destinados à aplicação tópica profissional de produtos fluorados (verniz, gel, bochecho e/ou outros veículos) sobre a superfície dental. Podem ser desenvolvidos em consultórios ou escovódromo com finalidade preventiva ou terapêutica.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

¹ Considerando que uma arcada completa é constituída por 4 hemi-arcadas.

Interpretação do indicador

A aplicação tópica de flúor é um importante método de prevenção, de baixo custo, fácil aplicação e, se utilizado oportunamente, proporciona a proteção específica do indivíduo contra a cárie dentária, reduzindo em proporção significativa a incidência da doença.

A aplicação tópica profissional de produtos fluoretados é um mecanismo importante na redução da atividade de cárie, mas deve-se ressaltar que somente um conjunto de medidas possibilitará o não desenvolvimento da doença.

Desta forma, este indicador estima a cobertura e o acesso dos indivíduos à aplicação tópica de flúor, sob orientação de um profissional de saúde, com finalidade terapêutica (remineralização de mancha branca ativa) e/ou preventiva da doença cárie, na atenção suplementar à saúde.

Usos

Analizar a cobertura da aplicação tópica profissional de flúor, na atenção suplementar à saúde, identificando variações e tendências que demandem a implementação de ações para a prevenção da doença cárie.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Em 2003, o Ministério da Saúde concluiu a realização de um levantamento epidemiológico, denominado Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da população brasileira, para avaliar os principais agravos bucais em diferentes grupos etários da população brasileira.

Como um dos principais resultados, destacam-se os relacionados ao ataque de cárie. O parâmetro utilizado para o indicador Taxa de Pessoas Submetidas à Aplicação Profissional de Flúor baseou-se na distribuição da atividade de cárie

dos indivíduos examinados, segundo os grupos etários de 18 a 36 meses, 5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos, 65 a 74 anos, por macrorregião do país, medida pelas variáveis TRATA_1 *necessidade de restauração de 1 face*, TRATA_2 *necessidade de restauração de 2 ou mais faces*, TRATA_7 *necessidade de remineralização de mancha branca*, TRATA_8 *necessidade de selante*, de acordo com os resultados apresentados no *Projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – Resultados Principais*.

A atividade de cárie, identificada pelas variáveis acima, possibilita classificar os indivíduos nas situações de risco moderado e alto, conforme recomendações da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES-SP).

A distribuição da atividade de cárie, segundo faixa etária, está demonstrada no quadro abaixo:

Quadro: Número de indivíduos com atividade de cárie dentária por faixa etária

Faixa Etária	Número de indivíduos	Número de indivíduos com atividade de cárie	Número de indivíduos com atividade de cárie/100 indivíduos
18 a 36 meses	12.117	3.482	28,74
5 anos	26.641	14.617	54,87
12 anos	34.550	18.689	54,09
15 a 19 anos	16.833	10.240	60,83
35 a 44 anos	13.431	7.535	56,10
65 a 74 anos	5.349	1.183	22,12
Total	108.921	55.746	51,18

Fonte: Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – Resultados Principais.

Como o SB Brasil 2003 constituiu um marco na epidemiologia em saúde bucal, representando a mais ampla pesquisa já empreendida no país, seus resultados do estudo foram referência para a construção dos parâmetros dos indicadores relacionados ao segmento odontológico do Programa de Qualificação das Operadoras que comercializam planos odontológicos.

Para fins de registro na ANS, até 2009, a aplicação tópica profissional de flúor era registrada por pessoa (1ª vez no ano). Em 2010, com a entrada em vigor

da RN nº 205/2009 e IN/DIPRO nº 21/2009, a aplicação tópica profissional de flúor passou a ser registrada no SIP “por hemi-arcada”.

Meta

A meta é atingir um resultado igual ou superior a 40 aplicações tópicas de flúor para cada 100 beneficiários fora do período de carência, no período considerado.

Pontuação

Taxa de Aplicação Tópica de Flúor	Pontuação
Resultado = 0	0
Resultado > 0 e < 40	v (>0 e <1)
Resultado ≥ 40	1

$$V = (\text{Resultado} > 0 \text{ e } < 40) / 40$$

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.3.2 “Aplicação tópica profissional de flúor por hemi-arcada”; coluna II (Eventos)

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.3 “Procedimentos preventivos”; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência)

Ações esperadas para causar impacto no indicador

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários de planos odontológicos e identificar os grupos de risco e as necessidades de saúde desses indivíduos, organizando a rede assistencial para a prestação de serviços voltados para a prevenção, em nível individual e/ou coletivo.

Adotar estratégias de busca ativa para a captação de beneficiários e para aumento da cobertura assistencial.

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.

Possibilitar a implementação de uma política de capacitação e educação permanente para a rede de prestadores, visando à uniformidade operacional e ao desenvolvimento de práticas centradas na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais.

Possibilitar o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças que realizem a aplicação tópica profissional de flúor em nível coletivo.

Limitações e vieses

Variabilidade da necessidade do procedimento em função dos diferentes fatores etiológicos gerais/condicionantes relacionados ao risco da doença cárie na população.

A perspectiva de cobertura do indicador sofre interferência da forma de registro: por hemi-arcada e por procedimento (podendo ocorrer aplicações repetidas em um mesmo indivíduo no decorrer do período).

O indicador é influenciado pelas características da infra-estrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso aos procedimentos preventivos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 493/GM, de 13 de março de 2006.** Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2006/portaria_493.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003.** Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/vigilancia.php>>. Acesso em: 7 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008.** Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 91/GM, de 10 de janeiro de 2007.** Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** 2. ed. Brasília, DF, 2008.

1.12 - TAXA DE RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

Conceito

Número médio de raspagens supra-gengivais para cada 100 beneficiários com 12 anos de idade ou mais, fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número total de raspagens supra-gengivais por hemi-arcada em beneficiários, com 12 anos de idade ou mais, fora do período de carência) } \div 4^2}{\text{Total de beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência para o procedimento}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no Indicador:

Raspagens supra-gengivais por hemi-arcada (12 anos ou mais) - Procedimentos de raspagem para a remoção de cálculo supra-gengival, em beneficiários com 12 anos de idade ou mais.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde - Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

² Considerando que uma arcada completa é constituída por 4 hemi-arcadas.

Interpretação do Indicador

A placa bacteriana é o principal fator etiológico da gengivite e da periodontite. A terapia periodontal básica, que compreende a orientação e motivação para a higiene bucal, remoção mecânica de placa e cálculo, polimento coronário e/ou alisamento radicular e remoção dos fatores retentivos de placa, é um importante método de eliminação dos depósitos bacterianos nas superfícies dentárias e, realizada oportunamente, proporciona a proteção específica do indivíduo contra as periodontopatias.

Desta forma, este indicador estima a cobertura de raspagem supra-gengival visando a redução dos fatores de risco, prevenção e limitação das consequências ocasionadas pela gengivite e periodontite, em indivíduos com 12 anos de idade ou mais, na atenção suplementar à saúde.

Usos

Analizar a cobertura de raspagem supra-gengival, identificando variações e tendências que demandem a implementação de ações para a prevenção e intervenção precoce nas periodontopatias.

Possibilitar a realização de análises epidemiológicas comparativas, observando a série histórica do indicador, e correlacionando a realização de procedimentos periodontais básicos com a incidência de gengivite e periodontite, na população de beneficiários com 12 anos de idade ou mais.

Analizar 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 periodontais.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Em 2003, o Ministério da Saúde concluiu a realização de um levantamento epidemiológico, denominado Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal

da população brasileira, para avaliar os principais agravos bucais em diferentes grupos etários da população brasileira.

Este estudo mediu a distribuição da prevalência de cálculo, através do Índice Periodontal Comunitário (CPI), segundo as faixas etárias de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, por macrorregião do país. Quanto à presença de cálculo, como maior grau de condição periodontal apresentado pelos indivíduos, foi encontrado um percentual de 33,4% na faixa de 15 a 19 anos, 46,76% de 35 a 44 anos e 21,74% de 65 a 74 anos, conforme apresentado no Quadro abaixo.

Faixa Etária	Total de indivíduos	Indivíduos com presença de cálculo (n)	Indivíduos com presença de cálculo (%)
15 a 19 anos	16.833	5.622	33,4
35 a 44 anos	13.431	6.280	46,76
65 a 74 anos	5.349	1.162	21,74
Total	35.613	13.064	36,68

Como o SB Brasil 2003 constituiu um marco na epidemiologia em saúde bucal, representando a mais ampla pesquisa já empreendida no país, seus resultados do estudo foram referência para a construção dos parâmetros dos indicadores relacionados ao segmento odontológico do Programa de Qualificação das Operadoras que comercializam planos odontológicos.

Cabe ressaltar que até 2009, para fins de registro, o SIP possuía o item “Pessoas submetidas à terapia periodontal básica (15 anos ou mais)”. Este item englobava,, além da raspagem supra-gengival, a raspagem sub-gengival, o alisamento coronário e/ou radicular (com ou sem curetagem de bolsa periodontal), desconsiderando os procedimentos repetidos no mesmo beneficiário no decorrer de um ano. Em 2010, com a entrada em vigor da RN nº 205/2009 e IN/DIPRO nº 21/2009, a avaliação da intervenção em estágios

iniciais do acometimento da saúde periodontal passou a ser efetuada através do item “Raspagem supra-gengival por hemi-arcada (12 anos ou mais)”.

Meta

A meta é atingir um resultado maior ou igual a 30 raspagens supra-gengivais para cada 100 beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência, no período considerado.

Pontuação

TAXA DE RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	Pontuação
Resultado = 0	0
0 < Resultado < 30	0 < V < 1
Resultado ≥ 30	1

$$V = (\text{Resultado} > 0 \text{ e } < 30) / 30$$

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.4 “Raspagem-supra-gengival por hemi-arcada (12 anos ou mais)”; coluna II (Eventos).

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.4 “Raspagem-supra-gengival por hemi-arcada (12 anos ou mais)”; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência)

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários com 12 anos de idade ou mais, identificar os grupos de risco para a doença periodontal e adotar estratégias de busca ativa, organizando a rede assistencial para a prestação de serviços voltados para a prevenção da doença.

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

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

Poderá ser influenciado pela infra-estrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso à atenção odontológica.

Possibilitar a implementação de uma política de capacitação e educação permanente para a rede de prestadores, visando à uniformidade operacional e ao desenvolvimento de práticas centradas na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais.

Desenvolver programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças que utilizem a raspagem supra-gengival como estratégia de ação para a redução das doenças periodontais em indivíduos na faixa etária de 12 anos de idade ou mais.

Limitações e Vieses

Variabilidade da necessidade do procedimento em função dos diferentes fatores etiológicos gerais/condicionantes relacionados ao risco da doença periodontal na população.

O indicador poderá ser influenciado pela composição etária da carteira de beneficiários.

A perspectiva de cobertura do indicador poderá ser influenciada pela ocorrência de eventos repetidos em um mesmo indivíduo no decorrer do período.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 493/GM, de 13 de março de 2006.** Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2006/portaria_493.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003.** Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/vigilancia.php>>. Acesso em: 7 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008.** Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 91/GM, de 10 de janeiro de 2007.** Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** 2. ed. Brasília, DF, 2008.

1.13 - TAXA DE DENTES PERMANENTES COM TRATAMENTO ENDODÔNTICO CONCLUÍDO

Conceito

Número médio de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído, para cada 10 beneficiários com 12 anos de idade ou mais, fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Método de Cálculo

Número total de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído em beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência	x 10
Total de beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência para o procedimento	

Definição de termos utilizados no Indicador

Tratamento Endodôntico concluído em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais) – número de dentes permanentes, cujos procedimentos de preparo e preenchimento endodôntico com material obturador foram concluídos, independentemente do número de condutos radiculares em beneficiários com 12 anos de idade ou mais.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do Indicador

A progressão da lesão cariosa e das lesões periodontais para as regiões mais profundas da estrutura dentária agride a polpa, causando um processo

inflamatório. Quando esta inflamação progride e torna-se irreversível, ocorre a necessidade de tratamento endodôntico, em função da odontalgia ou da evolução para a necrose da polpa. De O estudo SB- Brasil 2003 (MS, 2004) estimou, que, , em 2003, 8,11% dos indivíduos examinados possuíam, pelo menos, 1 dente com indicação endodôntica.

Altas taxas de tratamento endodôntico sugerem um modelo assistencial insatisfatório, com baixo estímulo às ações de promoção e prevenção.

No entanto, devemos atentar para o fato que tratamentos endodônticos também são indicados por causas não evitáveis com ações preventivas, tais como traumatismo dentário ou por indicação protética. Portanto, taxas muito baixas de tratamento endodôntico também não são desejadas, pois sugerem dificuldade de acesso aos serviços especializados e de maior complexidade. Dessa forma, este indicador estima o risco (probabilidade) dos beneficiários, com 12 anos de idade ou mais, realizarem tratamento endodôntico na dentição permanente, motivado pela progressão da cárie e da doença periodontal, na atenção suplementar à saúde.

Usos

Dimensionar a realização de tratamento endodôntico, na atenção suplementar à saúde, identificando variações e tendências que demandem a implementação de ações para a prevenção da cárie e doença periodontal, o diagnóstico precoce das lesões inflamatórias da polpa e o acesso aos serviços odontológicos especializados.

Possibilitar a realização de análises epidemiológicas comparativas, observando a série histórica do indicador, e correlacionando as ações implementadas com a taxa de dentes com tratamento endodôntico concluído.

Analisar a orientação dos modelos assistenciais praticados na atenção odontológica suplementar, bem como a existência de barreiras para o acesso aos procedimentos odontológicos de maior complexidade.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Em 2003, o Ministério da Saúde concluiu a realização de um levantamento epidemiológico, denominado Projeto SB Brasil 2003: **Condições de Saúde**

Bucal da População Brasileira, para avaliar os principais agravos bucais em determinadas idades-índice e faixas etárias da população brasileira.

Este estudo mediu a distribuição da necessidade de endodontia através da variável TRATA_5 definida como *número de dentes com necessidade de tratamento pulpar e restauração*, segundo as faixas etárias 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos, 65 a 74 anos, por macrorregião do país. O registro desta variável foi realizado quando havia necessidade de tratamento endodôntico, previamente à colocação de restauração ou coroa, devido a lesão profunda e extensa, ou trauma.

Segundo a pesquisa, 8,11% dos indivíduos examinados possuíam, pelo menos, 1 dente com indicação endodôntica. A distribuição de dentes com necessidade de tratamento endodôntico, em cada 10 indivíduos da população brasileira com 12 anos idade ou mais, é apresentada no quadro abaixo:

Faixa Etária	Número total de indivíduos	Projeção do número de dentes com indicação de endodontia	Projeção do número de dentes com indicação de endodontia/10 indivíduos
12 a 14 anos	10.547.058	1.751.753	1,66
15 a 19 anos	17.939.815	3.086.774	1,72
20 a 24 anos	16.141.515	2.698.689	1,67
25 a 29 anos	13.849.665	2.140.977	1,55
30 a 34 anos	13.028.944	1.810.049	1,39
35 a 39 anos	12.261.529	1.507.809	1,23
40 a 44 anos	10.546.694	1.137.483	1,08
45 a 49 anos	8.721.541	820.782	0,94
50 a 54 anos	7.062.601	579.987	0,82
55 a 59 anos	5.444.715	390.237	0,72
60 a 64 anos	4.600.929	288.722	0,63
65 a 69 anos	3.581.106	197.757	0,55
70 a 74 anos	2.742.302	134.106	0,49
75 a 79 anos	1.779.587	77.613	0,44
80 anos e mais	1.832.105	67.684	0,37
Total	130.080.106	16.690.422	1,28

Esses resultados foram a referência utilizada para a definição do parâmetro deste indicador, tendo em vista que o SB Brasil 2003 (MS, 2004) constituiu um marco na epidemiologia em saúde bucal, representando a mais ampla pesquisa já empreendida no país.

Meta

Considerando como parâmetro nacional 1,28 dentes com indicação de endodontia/10 indivíduos, e tendo em vista que existem indicações de tratamento endodôntico por causas não evitáveis através de medidas preventivas, foi estabelecido para este indicador um limite inferior permitindo uma redução de até 75% do parâmetro nacional. Sabendo que a realização de endodontias acima dos padrões esperados indica um modelo assistencial insatisfatório, centrado em práticas curativas, em detrimento das ações de promoção e prevenção, foi estabelecido para o indicador um limite superior permitindo um aumento de até 100% do parâmetro nacional.

Diante do exposto, a meta é atingir um resultado maior ou igual a 0,30 e menor ou igual a 1,28 dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído para cada 10 beneficiários com 12 anos de idade ou mais, fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Pontuação

TAXA DE DENTES PERMANENTES COM TRATAMENTO ENDODÔNTICO CONCLUÍDO	Pontuação
Resultado do indicador	Valor de 0 a 1
Resultado = 0	0
0 < Resultado < 0,30	0 < V1 < 1
0,30 ≤ Resultado ≤ 1,28	1
1,28 < Resultado < 2,56	0 < V2 < 1
Resultado ≥ 2,56	0

$$V1 = (0 < \text{Resultado} < 0,30) / 0,30$$

$$V2 = 1 - (((1,28 < \text{Resultado} < 2,56) - 1,28) / 1,28)$$

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.9 “Tratamento endodôntico concluído em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais)”; coluna II (Eventos)

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.9 “Tratamento endodôntico concluído em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais)”; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência)

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários, identificar os grupos de risco para lesões inflamatórias da polpa e adotar estratégias de busca ativa, organizando a rede assistencial para a prestação de serviços voltados para a prevenção da cárie dentária e doença periodontal.

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

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

Possibilitar a implementação de uma política de capacitação e educação permanente para a rede de prestadores, visando à uniformidade operacional e ao desenvolvimento de práticas centradas na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais.

Limitações e Vieses

Poderá ser influenciado pelo tempo de permanência do beneficiário no plano, quando este for insuficiente para evitar endodontias por meio de ações de promoção e prevenção implementadas pela operadora e, também, quando não houver possibilidade de evitar endodontias, diante da entrada de novos beneficiários com a necessidade já instalada.

O indicador poderá ser influenciado pela composição etária da carteira de beneficiários.

Poderá ser influenciado pela infra-estrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso à atenção odontológica.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 493/GM, de 13 de março de 2006.** Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2006/portaria_493.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003.** Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/vigilancia.php>>. Acesso em: 7 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008.** Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 91/GM, de 10 de janeiro de 2007.** Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** 2. ed. Brasília, DF, 2008.

1.14 - TAXA DE EXODONTIA DE PERMANENTE

Conceito

Número médio de exodontias de permanentes para cada 10 beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.

Método de cálculo

Número total de exodontias simples de permanentes em beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência	x 10
Total de beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência para o procedimento	

Definição de termos utilizados no indicador

Exodontia simples de permanente (na faixa etária de 12 anos ou mais) - Número de dentes permanentes extraídos em função de acometimento por cárie ou doença periodontal, à exceção das extrações de terceiro molar inclusivo/ semi-inclusivo, dentes supra-numerários, extrações por indicação ortodôntica/protética ou em decorrência de trauma, em beneficiários com 12 anos de idade ou mais.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do indicador

Em 2003, o Ministério da Saúde concluiu a realização de um levantamento epidemiológico, denominado Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da população brasileira, para avaliar os principais agravos bucais em diferentes grupos etários da população brasileira. De acordo com os resultados desse estudo (MS, 2004), 13,64% dos indivíduos com 12 anos de idade ou mais possuíam, pelo menos, 1 dente permanente com indicação para exodontia.

Sabe-se que as perdas dentárias são influenciadas pelas condições sociais dos indivíduos, bem como pelo modelo de atenção odontológica praticado no país, baseado no acesso limitado e na realização de ações curativas e centrado nas seqüelas das doenças e não na prevenção das mesmas..

Altas taxas de exodontias sugerem um modelo assistencial insatisfatório, com dificuldade de acesso aos serviços odontológicos básicos e baixo estímulo às ações de promoção e prevenção. O indicador estima o risco (probabilidade) dos beneficiários com 12 anos de idade ou mais, realizarem exodontias de permanentes, motivadas pela progressão da doença cárie ou da doença periodontal, na atenção suplementar à saúde.

Usos

Possibilitar a realização de análises epidemiológicas comparativas, observando a série histórica do indicador, correlacionando a implementação de ações de promoção, prevenção e diagnóstico precoce, com a taxa de exodontias, na população de beneficiários com 12 anos de idade ou mais.

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

Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações para a prevenção e diminuição das seqüelas da cárie e doença periodontal.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira avaliou os principais agravos bucais em determinadas idades-índice e faixas etárias da população brasileira.

Este estudo mediu a distribuição da necessidade de exodontias de permanentes através da variável TRATA_6 definida como *número de dentes com necessidade de exodontia, segundo as faixas etárias de 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos, 65 a 74 anos e macrorregião do país*. De acordo com a variável, um dente é registrado como indicado para extração quando foi totalmente destruído pela cárie; quando apresenta mobilidade que compromete sua recuperação periodontal; por indicação protética ou ortodôntica. Segundo a pesquisa, 13,64% dos indivíduos com 12 anos de idade ou mais possuíam, pelo menos, 1 dente com indicação para exodontia.

A distribuição da necessidade de exodontia de permanentes, em cada 10 indivíduos da população brasileira com 12 anos de idade ou mais, segundo faixa etária, está demonstrada no quadro abaixo:

Faixa Etária	Número total de indivíduos	Projeção do número de dentes com indicação de exodontia	Projeção do número de dentes com indicação de exodontia/10 indivíduos
12 a 14 anos	10.547.058	1.568.758	1,49
15 a 19 anos	17.939.815	5.423.772	3,02
20 a 24 anos	16.141.515	7.916.300	4,90
25 a 29 anos	13.849.665	8.212.285	5,93
30 a 34 anos	13.028.944	8.172.338	6,27
35 a 39 anos	12.261.529	7.806.459	6,37
40 a 44 anos	10.546.694	6.740.779	6,39
45 a 49 anos	8.721.541	5.579.862	6,40
50 a 54 anos	7.062.601	4.519.663	6,40
55 a 59 anos	5.444.715	3.484.538	6,40
60 a 64 anos	4.600.929	2.944.578	6,40
65 a 69 anos	3.581.106	2.291.904	6,40
70 a 74 anos	2.742.302	1.755.073	6,40
75 a 79 anos	1.779.587	1.138.936	6,40
80 anos e mais	1.832.105	1.172.547	6,40
Total	130.080.106	68.727.791	5,28

Como o SB Brasil 2003 constituiu um marco na epidemiologia em saúde bucal, representando a mais ampla pesquisa já empreendida no país, seus resultados do estudo foram referência para a construção dos parâmetros dos indicadores relacionados ao segmento odontológico do Programa de Qualificação das Operadoras que comercializam planos odontológicos.

Meta

O parâmetro nacional, de 5,28 dentes com indicação de exodontia/10 indivíduos com 12 anos de idade ou mais, é considerado elevado quando comparado aos padrões internacionais.

Dessa forma, a meta anual estabelecida para este indicador propõe uma redução de 70% do parâmetro nacional, ou seja, atingir um resultado menor ou igual a 1,60 exodontias de permanentes para cada 10 beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência, no período considerado.

Pontuação

TAXA DE EXODONTIA DE PERMANENTE	Pontuação
Resultado \geq 5,28	0
1,60 < Resultado < 5,28	0 < V < 1
Resultado \leq 1,60	1

$$V = 1 - (((1,60 < \text{Resultado} < 5,28) - 1,60) / 3,68)$$

Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.7 "Exodontias simples de permanentes (12 anos ou mais)"; coluna II (Eventos)

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.7 "Exodontias simples de permanentes (12 anos ou mais)"; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência)

Ações esperadas para causar impacto no indicador

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários, identificar os grupos de risco para a doença cárie dentária e doença periodontal e adotar estratégias de busca ativa, organizando a rede assistencial para a prestação de serviços odontológicos.

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

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

Possibilitar a implementação de uma política de capacitação e educação permanente para a rede de prestadores, visando à uniformidade operacional e ao desenvolvimento de práticas centradas na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais.

Limitações e vieses

Poderá ser influenciado pelo tempo de permanência do beneficiário no plano, quando este for insuficiente para evitar exodontias por meio de ações de promoção e prevenção implementadas pela operadora; e quando não houver possibilidade de evitar as exodontias diante da entrada de novos beneficiários com a necessidade já instalada.

O indicador poderá ser influenciado pela composição etária da carteira de beneficiários.

Poderá ser influenciado pela infra-estrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso à atenção odontológica.

Referências

BRASIL. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Rede Interagencial de

Informação para a Saúde – Ripsa. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 493/GM, de 13 de março de 2006.** Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2006/portaria_493.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003.** Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/vigilancia.php>>. Acesso em: 7 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008.** Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 91/GM, de 10 de janeiro de 2007.** Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** 2. ed. Brasília, DF, 2008.

1.15 - PROPORÇÃO DE PRÓTESES ODONTOLÓGICAS UNITÁRIAS

Conceito

Percentual de próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida) em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados em beneficiários fora do período de carência, no período considerado.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Total de próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida)}}{\text{Total de procedimentos odontológicos}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no indicador

Próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida) – número de coroas totais e restaurações metálicas fundidas utilizadas para a reabilitação da forma e função de dentes decíduos ou permanentes.

Procedimentos odontológicos – total de procedimentos com fins de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde bucal, sejam de caráter eletivo, urgência ou emergência.

Período de carência de planos privados de assistência à saúde – Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data da vigência do contrato de plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Interpretação do indicador

Estima o percentual de próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida) em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados no período.

Aponta situações de dificuldade de acesso à assistência odontológica de maior complexidade.

Usos

Analisar o acesso e a cobertura de próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida) na atenção suplementar à saúde, identificando variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços de maior complexidade.

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Para verificar a proporção de Próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida) realizadas na dentição decídua e permanente, em relação ao total de procedimentos odontológicos, será utilizada como parâmetro a mediana do setor.

Meta

A meta é atingir um resultado igual ou superior a 75% da **mediana do setor** por porte e grupo (MH – médico-hospitalar e OD – exclusivamente odontológico), no período considerado.

Pontuação

PROPORÇÃO DE PRÓTESES ODONTOLÓGICAS UNITÁRIAS	Pontuação
Resultado do indicador	Valor de 0 a 1
Resultado = 0	0
0 > Resultado < 0,75 x MS	0 < V < 1
Resultado ≥ 0,75 x MS	1

$$V = (0 < \text{Resultado} < 0,75 \times \text{MS}) / 0,75 \times \text{MS}$$

Fonte de dados

Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.11 "Próteses Odontológicas Unitárias (Coroa Total e Restauração Metálica Fundida)"; coluna II (Eventos)

Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I "Procedimentos Odontológicos"; coluna II (Eventos)

Ações esperadas para causar impacto no indicador

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

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

Diminuir barreiras de acesso aos serviços odontológicos de maior complexidade.

Limitações e vieses

Por se tratar de uma proporção, o indicador poderá ser influenciado pela oferta dos demais procedimentos odontológicos.

Poderá ser influenciado pela infra-estrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso aos serviços odontológicos de maior complexidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003.** Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/vigilancia.php>>. Acesso em: 7 jan. 2008.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** 2. ed. Brasília, DF, 2008.

1.16 - PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS

PONTUAÇÃO BÔNUS

Conceito

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

Método de Cálculo

Resultado do IDAS + (IDAS*0,10)

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

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

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

Resultado do IDAS + (IDAS*0,15)

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

- Formulário de Cadastramento (FC) devidamente preenchido, até 31 de dezembro do ano de referência da avaliação de desempenho, além do Formulário de Monitoramento (FM) anual preenchido, quando devido, referentes aos **programas que incluam a área de atenção ao idoso sem limite superior de idade, ou seja, que não restrinja qualquer faixa etária acima de 60 anos**. Os programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (FC ou FM) deverão estar aprovados pela ANS, até a data do processamento do IDSS, conforme disposto na Instrução Normativa Conjunta DIOPE e DIPRO nº 07 de 23/11/2012.

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

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

Interpretação da Pontuação Bônus

Bonifica a operadora que possui programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados pela ANS, elevando a pontuação do IDAS. Para aquelas que possuem programas aprovados pela ANS que incluam a área de atenção ao idoso sem limite superior de idade, a bonificação é maior. A ANS tem buscado estimular as operadoras de planos de saúde a repensarem a organização do sistema de saúde com vistas a contribuir para mudanças que possibilitem sair do modelo hegemonicamente centrado na doença para um

modelo de atenção em que haja incorporação progressiva de ações para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. Desta forma, esta Pontuação Bônus se aplica às operadoras de planos privados de assistência à saúde que têm desenvolvido estratégias alinhadas a esta proposta de reorientação dos modelos assistenciais.

Usos

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

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Instrução Normativa Conjunta DIOPE/DIPRO 07 de 23/11/2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa 264 de 19 de agosto de 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Instrução Normativa 34 de 19 de agosto de 2011.

2 – INDICADORES DA DIMENSÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA (IDEF)

2.1. ENQUADRAMENTO EM GARANTIAS FINANCEIRAS

Conceito

O Indicador de Enquadramento em Garantias Financeiras (IENQ) apura se a operadora está obedecendo regras mínimas no que diz respeito à contabilização da Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados - PEONA e aos Recursos Próprios Mínimos (regras de Patrimônio Mínimo Ajustado - PMA - e Margem de Solvência - MS), conforme Resolução Normativa - RN n.º 209, de 22 de dezembro de 2009 e Instrução Normativa – IN DIOPE n.º 50, de 23 de novembro de 2012.

Meta

O indicador de Enquadramento em Garantias Financeiras deve ser igual a 1 (um), sinalizando que a operadora está cumprindo o mínimo exigido em garantias financeiras, de acordo com a RN n.º 209/2009.

Pontuação

Será atribuída a seguinte pontuação para este indicador:

$$I_{ENQ} = \begin{cases} 0,30 & \text{se a operadora não estiver enquadrada em nenhum dos dois critérios;} \\ 0,50 & \text{se a operadora estiver enquadrada em apenas um dos dois critérios; ou} \\ 1,00 & \text{se a operadora estiver enquadrada em ambos os critérios.} \end{cases}$$

2.2. PATRIMÔNIO LÍQUIDO POR FATURAMENTO

Conceito

O Indicador de Patrimônio Líquido por Faturamento (IPL) indica o volume dos recursos próprios da operadora, pertencente a seus acionistas ou sócios, em relação ao seu faturamento anual.

Quanto maior o indicador, maior o volume dos recursos próprios por unidade monetária, indicando uma segurança financeira mais robusta.

Método de Cálculo

$$I_{PL} = \frac{\text{Patrimônio Líquido}}{\text{Faturamento}}$$

Definição de termos utilizados no indicador

Patrimônio Líquido: representa volume dos recursos próprios da operadora, pertencente a seus acionistas ou sócios.

Faturamento: são as contraprestações emitidas da operadora.

Meta

O indicador da operadora deve estar entre os 20% maiores, de acordo com sua modalidade.

Pontuação

Resultado de I_{PL} obtido pela operadora	Pontuação
Sem informação/Situado no intervalo de $I_{PL} \leq I_{5\%}$	0
Situado no intervalo de $I_{5\%} < I_{PL} < I_{80\%}$	\mathbf{V}
Situado no intervalo de $I_{PL} \geq I_{80\%}$	1

Onde:

$$I_{PL} = \frac{\text{Patrimônio Líquido}}{\text{Faturamento}}$$

$$\mathbf{V} = \frac{I_{PL} - I_{5\%}}{I_{80\%} - I_{5\%}}, \text{ sendo } 0 < \mathbf{V} < 1$$

$I_{5\%}$ = valor referente ao 5º percentil, dado pelo comportamento médio do mercado para cada modalidade de operação da operadora.

$I_{80\%}$ = valor referente ao 80º percentil, dado pelo comportamento médio do mercado para cada modalidade de operação da operadora.

Referências

ASSAF NETO, Alexandre. Estrutura e Análise de Balanços. Sexta Edição, São Paulo: Atlas, 2001.

Peso do Indicador

1

2.3. LIQUIDEZ CORRENTE

Conceito

O Indicador de Liquidez Corrente (ILC) representa o quanto existe de ativo circulante para cada unidade monetária de dívida a curto prazo, ou seja, representa a capacidade da operadora de pagar suas dívidas a curto prazo.

Quanto maior o indicador, mais alta a capacidade para saldar seus compromissos no curto prazo.

Método de Cálculo

$$I_{LC} = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$

Definição de termos utilizados no indicador

Ativo circulante: são aplicações no curto prazo de recursos da operadora.

Passivo circulante: são as exigibilidades de recursos de curto prazo da operadora.

Meta

A Liquidez Corrente da operadora deve ser maior ou igual a 1,5.

Pontuação

Resultado de I_{LC} obtido pela operadora	Pontuação
Sem informação/Situado no intervalo de $I_{LC} \leq I_{5\%}$	0
Situado no intervalo de $I_{5\%} < I_{LC} < 1,5$	V
Situado no intervalo de $I_{LC} \geq 1,5$	1

Onde:

$$I_{LC} = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$

$$V = \frac{I_{LC} - I_{5\%}}{1,5 - I_{5\%}}, \text{ sendo } 0 < V < 1$$

$I_{5\%}$ = valor referente ao 5º percentil, dado pelo comportamento médio do mercado para cada modalidade de operação da operadora.

Referências

- ASSAF NETO, Alexandre. Estrutura e Análise de Balanços. Sexta Edição, São Paulo: Atlas, 2001.
- VICECONTI, Paulo E. V., NEVES, Silvério das. Contabilidade Avançada e Análise das Demonstrações Financeiras. São Paulo, Frase, 2001.

Peso do indicador

2

2.4. PRAZO MÉDIO DE PAGAMENTO DE EVENTOS

Conceito

O Indicador de Prazo Médio de Pagamento de Eventos (IPMPE) avalia o tempo médio que uma operadora de plano de saúde leva para pagar aos seus fornecedores o que já foi avisado.

Quanto mais elevado o prazo médio de pagamento de eventos, maior a fatia da atividade da operadora que é financiada pelos fornecedores.

Método de Cálculo

$$I_{PMPE} = \frac{I_{PMPE-Trim1} + I_{PMPE-Trim2} + I_{PMPE-Trim3} + I_{PMPE-Trim4}}{4}$$

$$I_{PMPE-Trim1} = 90 * \frac{\text{Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar}_{(1^{\circ} \text{ trimestre})}}{\text{Eventos Indenizáveis Líquidos}_{(1^{\circ} \text{ trimestre})}}$$

$$I_{PMPE-Trim2} = 90 * \frac{\text{Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar}_{(2^{\circ} \text{ trimestre})}}{\text{Eventos Indenizáveis Líquidos}_{(2^{\circ} \text{ trimestre})}}$$

$$I_{PMPE-Trim3} = 90 * \frac{\text{Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar}_{(3^{\circ} \text{ trimestre})}}{\text{Eventos Indenizáveis Líquidos}_{(3^{\circ} \text{ trimestre})}}$$

$$I_{PMPE-Trim4} = 90 * \frac{\text{Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar}_{(4^{\circ} \text{ trimestre})}}{\text{Eventos Indenizáveis Líquidos}_{(4^{\circ} \text{ trimestre})}}$$

Definição de termos utilizados no indicador

Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar: provisão a ser constituída para fazer frente aos valores a pagar por eventos/sinistros avisados até a data base de cálculo, de acordo com a responsabilidade retida da operadora.

Eventos Indenizáveis Líquidos: despesa resultante de toda e qualquer utilização, pelo beneficiário, das coberturas contratadas, descontados os valores de glosas. Para cálculo do indicador deverá ser desconsiderada a conta de Variação da PEONA.

Meta

O indicador de Prazo Médio de Pagamento de Eventos da operadora deve estar entre os 20% menores, de acordo com sua modalidade.

Pontuação

Resultado de I_{PMPE} obtido pela operadora	Pontuação
Sem informação/Situado no intervalo de $I_{PMPE} \geq I_{95\%}$	0
Situado no intervalo de $I_{95\%} > I_{PMPE} > I_{20\%}$	V
Situado no intervalo de $I_{PMPE} \leq I_{20\%}$	1

$$V = \frac{I_{95\%} - I_{PMPE}}{I_{95\%} - I_{20\%}}, \text{ sendo } 0 < V < 1$$

$I_{20\%}$ = valor referente ao 20º percentil, dado pelo comportamento médio do mercado para cada modalidade de operação da operadora.

$I_{95\%}$ = valor referente ao 95º percentil, dado pelo comportamento médio do mercado para cada modalidade de operação da operadora.

Peso do indicador

1

2.5. SUFICIÊNCIA EM ATIVOS GARANTIDORES VINCULADOS

Conceito

O Indicador de Suficiência de Ativos Garantidores Vinculados (IAG) avalia a suficiência de ativos garantidores vinculados de cada operadora ao final de cada trimestre. No caso das operadoras enquadradas no art.6º-A da Resolução Normativa – RN n.º 227, de 2010, é analisada a suficiência de lastro de ativos garantidores para as provisões técnicas.

A vinculação e lastro dos ativos garantidores deve ser feita respeitando restrições e limites estabelecidos em RN n.º 159, de 2007, alterada pela RN n.º 274, de 2011, e a RN n.º 227, de 2010.

Definição de termos utilizados no indicador

Ativos Garantidores: Bens imóveis, ações, títulos e valores mobiliários de titularidade da operadora ou do mantenedor da entidade de autogestão ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada direta ou indiretamente pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora, que lastreiam as provisões técnicas.

Meta

O indicador IAG da operadora deve ser igual a 1,00.

Pontuação

Para as operadoras que se enquadram no art. 6º-A da RN n.º 227, de 2010:

$$I_{AG} = \begin{cases} 0 & \text{se estiver insuficiente em lastro no 4º trimestre; ou} \\ 1 & \text{se estiver suficiente em lastro no 4º trimestre} \end{cases}$$

Para as demais operadoras:

$$I_{AG} = \begin{cases} 0,05 & \text{se estiver suficiente em vínculo no 1º trimestre} \\ + & \\ 0,15 & \text{se estiver suficiente em vínculo no 2º trimestre} \\ + & \\ 0,25 & \text{se estiver suficiente em vínculo no 3º trimestre} \\ + & \\ 0,55 & \text{se estiver suficiente em vínculo no 4º trimestre} \end{cases}$$

Peso do indicador

3

3- INDICADORES DA DIMENSÃO ESTRUTURA E OPERAÇÃO (IDEO)

3.1 - DISPERSÃO DE PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

Conceito

Percentual de municípios listados na área geográfica de abrangência e de atuação dos produtos que apresentam disponibilidade de procedimentos e serviços básicos de saúde na rede assistencial da operadora.

Método de Cálculo

Nº de municípios com disponibilidade de procedimentos e serviços básicos de saúde	x 100
Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial	

Definição de termos utilizados no Indicador

Área Geográfica de Abrangência dos Produtos

Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelos beneficiários, conforme definido no anexo II da Resolução Normativa (RN) nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

Área de Atuação dos Produtos

Especificação dos municípios ou UF, de acordo com a abrangência adotada acima, conforme definido no anexo II da RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

Procedimentos e Serviços Básicos de Saúde

Para o cálculo do indicador serão considerados os seguintes procedimentos e serviços: anatomapatologia, eletrocardiograma, patologia clínica, radiodiagnóstico e ultrassonografia.

Municípios com Disponibilidade de Procedimentos e Serviços Básicos de Saúde

Quantidade de municípios indicados na área de atuação dos produtos que possuam rede assistencial da operadora com disponibilidade dos 5 procedimentos ou serviços básicos de saúde. Para os produtos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional, serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF.

Serão considerados para a quantificação dos municípios os estabelecimentos classificados no CNES na seção Atendimentos Prestados, Tipos de Atendimento "Ambulatorial" ou "SADT", que possuam ao menos um convênio diferente de "SUS".

Os estabelecimentos classificados no CNES no campo "Natureza da Organização" como "Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)" ou "Administração Direta de Outros Órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc)" não serão considerados para a quantificação dos municípios.

Municípios com Previsão de Cobertura Assistencial

Todos os municípios indicados na área de atuação dos produtos registrados no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS. Para os produtos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional, serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF. No cálculo do denominador serão considerados apenas os municípios que disponibilizem, para a saúde suplementar, os 5 procedimentos ou serviços básicos de saúde, segundo a informação contida no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS.

Serão considerados para a quantificação dos municípios os estabelecimentos classificados no CNES na seção Atendimentos Prestados, Tipos de Atendimento "Ambulatorial" ou "SADT", que possuam ao menos um convênio diferente de "SUS".

Os estabelecimentos classificados no CNES no campo “Natureza da Organização” como “Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)” ou “Administração Direta de Outros Órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc)” não serão considerados para a quantificação dos municípios.

Critérios de Exclusão

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

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

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

As operadoras exclusivamente odontológicas não terão avaliação neste indicador.

Disponibilidade dos Serviços

A disponibilidade dos procedimentos e serviços básicos de saúde será verificada a partir da informação do CNES, conforme descrito abaixo:

Anatomopatologia	<p>Se possuir no menu “Relatórios”, seção “Serviços Especializados”, algum item de “Serviço Especializado” com Código 120 e Descrição “SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA E/OU CITOPATOLOGIA” e “Classificação” com Código 001 ou 002 e Descrição “EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS” ou “EXAMES CITOPATOLÓGICOS”, respectivamente.</p> <p>“Link”: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp.</p>
Eletrocardiograma	<p>Se possuir no menu “Relatórios”, seção “Serviços Especializados”, algum item de “Serviço Especializado” com Código 122 e Descrição “SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR MÉTODOS GRÁFICOS/ DINÂMICOS” e “Classificação” com Código 003 e Descrição “EXAME ELETROCARDIOGRAFICO”.</p> <p>“Link”: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp.</p> <p>OU</p> <p>Se possuir no menu “Relatórios”, seção “Equipamentos” algum item com Código 41 e Equipamento “Eletrocardiógrafo”.</p> <p>“Link”: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp.</p>

Patologia clínica	<p>Se possuir no menu “Relatórios”, seção “Serviços Especializados”, algum item de “Serviço Especializado” com Código 145 e Descrição “SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR LABORATORIO CLINICO”.</p> <p>“Link”: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp.</p>
Radiodiagnóstico	<p>Se possuir no menu “Relatórios”, seção “Serviços Especializados”, algum item de “Serviço Especializado” com Código 121 e Descrição “SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM” e “Classificação” com Código 001 e Descrição “RADIOLOGIA”.</p> <p>“Link”: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp.</p> <p>OU</p> <p>Se possuir no menu “Relatórios”, seção “Equipamentos” algum item com Código 04, 05 ou 06 e Equipamento “RAIO X ATÉ 100 MA”, “RAIO X DE 100 A 500 MA” ou “RAIO X MAIS DE 500MA”, respectivamente.</p> <p>“Link”: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp.</p>
Ultrassonografia	<p>Se possuir no menu “Relatórios”, seção “Serviços Especializados”, algum item de “Serviço Especializado” com Código 121 e Descrição “SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM” e “Classificação” com Código 002 e Descrição “ULTRASSONOGRAFIA”.</p> <p>“Link”: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp.</p> <p>OU</p> <p>Se possuir no menu “Relatórios”, seção “Equipamentos” algum item com Código 15 ou 13 e Equipamento “Ultrassom Convencional” ou “Ultrassom Doppler Colorido”, respectivamente.</p> <p>“Link”: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp.</p>

Interpretação do Indicador

Verifica a disponibilidade de procedimentos e serviços básicos de saúde na área prevista para cobertura assistencial definida nos produtos das operadoras.

Usos

Acompanhar a oferta de procedimentos e serviços básicos de saúde na área de atuação dos produtos.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O parâmetro é ter disponibilidade dos procedimentos e serviços básicos de saúde em todos os municípios indicados como área de atuação dos produtos.

Meta

Apresentar disponibilidade dos procedimentos e serviços básicos de saúde em 100% dos municípios com previsão de cobertura assistencial.

Pontuação

Resultado do indicador	Pontuação
Resultado = 0%	0
Resultado > 0% e < 100%	V (> 0 e < 1)
Resultado = 100%	1

$$V = (\text{Resultado} > 0\% \text{ e } < 100\%) / 100$$

Fonte

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

MS/DATASUS/CNES

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Estruturar a rede de prestadores de serviços de saúde de forma que a distribuição dos procedimentos e serviços básicos de saúde seja compatível com a área de atuação do produto.

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

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

Limitações e Vieses

Problemas referentes à qualidade de preenchimento e cobertura do CNES.

Dificuldade de atualização do Cadastro de Estabelecimento de Saúde do aplicativo RPS, podendo gerar inconsistências entre a rede informada à ANS e a efetivamente oferecida aos beneficiários.

Referências

1. Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.
2. Instrução Normativa (IN) DIPRO nº 23, de 1º de dezembro de 2009, alterada pela IN DIPRO nº 28, de 29 de julho de 2010.

3.2 - DISPERSÃO DA REDE ASSISTENCIAL HOSPITALAR

Conceito

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

Método de Cálculo

$\frac{\text{Nº de municípios com disponibilidade de estabelecimentos hospitalares}}{\text{Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial hospitalar}} \times 100$

Definição de termos utilizados no Indicador

Área Geográfica de Abrangência dos Produtos

Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelos beneficiários, conforme definido no anexo II da Resolução Normativa (RN) nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

Área de Atuação dos Produtos

Especificação dos municípios ou UF, de acordo com a abrangência adotada acima, conforme definido no anexo II da RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

Municípios com Disponibilidade de Estabelecimentos Hospitalares

Quantidade de municípios indicados na área de atuação dos produtos com estabelecimentos hospitalares (Hospital Geral, Hospital Especializado ou Unidade Mista) informados na rede assistencial da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS. Para os produtos com área geográfica de

abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF.

Serão considerados para a quantificação dos municípios os estabelecimentos classificados no CNES na seção Atendimentos Prestados, Tipos de Atendimento "Internação", que possuam ao menos um convênio diferente de "SUS".

Os estabelecimentos classificados no CNES no campo "Natureza da Organização" como "Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)" ou "Administração Direta de Outros Órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc)" não serão considerados para a quantificação dos municípios.

Municípios com Previsão de Cobertura Assistencial Hospitalar

Todos os municípios indicados na área de atuação dos produtos registrados no sistema RPS. Para os produtos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional, serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF. No cálculo do denominador serão considerados apenas os municípios que apresentam disponibilidade de estabelecimentos hospitalares não exclusivos do Sistema Único de Saúde - SUS, segundo a informação contida no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS.

Serão considerados para a quantificação dos municípios os estabelecimentos classificados no CNES na seção Atendimentos Prestados, Tipos de Atendimento "Internação", que possuam ao menos um convênio diferente de "SUS".

Os estabelecimentos classificados no CNES no campo "Natureza da Organização" como "Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)" ou "Administração Direta de Outros Órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc)" não serão considerados para a quantificação dos municípios.

Critérios de Exclusão

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

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

Serão desconsiderados os produtos de segmentação assistencial "Ambulatorial", "Ambulatorial + Odontológico" e "Odontológico".

As operadoras exclusivamente odontológicas não terão avaliação neste indicador.

Disponibilidade de Estabelecimentos Hospitalares

A disponibilidade de estabelecimentos hospitalares será verificada a partir da informação do CNES, conforme descrito abaixo:

Estabelecimento Hospitalar	Se possuir no menu "Relatórios", seção "Tipos de Estabelecimentos" algum item com Código 05, 07 ou 15, e Descrição "Hospital geral", "Hospital Especializado" ou "Unidade Mista", respectivamente. "Link": http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp .
----------------------------	---

Interpretação do Indicador

Verifica a disponibilidade de estabelecimentos hospitalares na área prevista para cobertura assistencial hospitalar definida nos produtos das operadoras.

Usos

Acompanhar a distribuição dos estabelecimentos hospitalares na área de atuação dos produtos com previsão de cobertura assistencial hospitalar.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O parâmetro é ter disponibilidade de estabelecimentos hospitalares em todos os municípios indicados como área de atuação dos produtos.

Meta

Apresentar estabelecimentos hospitalares em 100% dos municípios com previsão de cobertura assistencial hospitalar.

Pontuação

Resultado do indicador	Pontuação
Resultado = 0%	0
Resultado > 0% e < 100%	V (> 0 e < 1)
Resultado = 100%	1

$$V = (\text{Resultado} > 0\% \text{ e } < 100\%) / 100$$

Fonte

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

MS/DATASUS/CNES

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Estruturar a rede de prestadores de serviços de saúde de forma que a distribuição de estabelecimentos hospitalares seja compatível com a área de atuação do produto.

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

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

Limitações e Vieses

Problemas referentes à qualidade de preenchimento e cobertura do CNES.

Dificuldade de atualização do Cadastro de Estabelecimento de Saúde do aplicativo RPS, podendo gerar inconsistências entre a rede informada à ANS e a efetivamente oferecida aos beneficiários.

Referências

1. Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.
2. Instrução Normativa (IN) DIPRO nº 23, de 1º de dezembro de 2009, alterada pela IN DIPRO nº 28, de 29 de julho de 2010.

3.3 - DISPERSÃO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24 HORAS

Conceito

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

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Nº de municípios com disponibilidade de serviços de Urgência e Emergência 24 horas}}{\text{Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no Indicador

Área Geográfica de Abrangência dos Produtos

Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelos beneficiários, conforme definido no anexo II da Resolução Normativa (RN) nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

Área de Atuação dos Produtos

Especificação dos municípios ou UF, de acordo com a abrangência adotada acima, conforme definido no anexo II da RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

Municípios com Disponibilidade de Serviços de Urgência e Emergência 24 horas

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

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

Serão considerados para a quantificação dos municípios os estabelecimentos classificados no CNES na seção Atendimentos Prestados, Tipos de Atendimento "Urgência", que possuam ao menos um convênio diferente de "SUS".

Os estabelecimentos classificados no CNES no campo "Natureza da Organização" como "Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)" ou "Administração Direta de Outros Órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc)" não serão considerados para a quantificação dos municípios.

Municípios com Previsão de Cobertura Assistencial

Todos os municípios indicados na área de atuação dos produtos registrados no sistema RPS. Para os produtos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional, serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF. No cálculo do denominador serão considerados apenas os municípios que apresentam disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24 horas não exclusivos do Sistema Único de Saúde - SUS, segundo a informação contida no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS.

Serão considerados para a quantificação dos municípios os estabelecimentos classificados no CNES na seção Atendimentos Prestados, Tipos de Atendimento "Urgência", que possuam ao menos um convênio diferente de "SUS".

Os estabelecimentos classificados no CNES no campo "Natureza da Organização" como "Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)" ou "Administração Direta de Outros Órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc)" não serão considerados para a quantificação dos municípios.

Critérios de Exclusão

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

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

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

As operadoras exclusivamente odontológicas não terão avaliação neste indicador.

Disponibilidade de Serviços de Urgência e Emergência 24 horas

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

Urgência e Emergência 24H	<p>I. Se possuir no menu “Relatórios”, seção “Turnos de Atendimento” algum item com Código 06 e Descrição “Atendimento Contínuo de 24 horas/dia (Plantão: inclui sábados, domingos e feriados)”, e:</p> <p>“Link”: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Atendimento.asp.</p> <p>II.</p> <p>a) Se possuir no menu “Relatórios”, seção “Tipos de Estabelecimentos” algum item com Código 20 ou 21 e Descrição “PRONTO SOCORRO GERAL” ou “PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO”, respectivamente.</p> <p>“Link”: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp .</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 “Classificação” com Código 000, 001, 002, 004, 005, 012, 013, 014, 015, 016, 018 e 019 e Descrição “SEM CLASSIFICAÇÃO”, “PRONTO SOCORRO GERAL” ou “PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO”, “ESTABILIZAÇÃO DO PACIENTE CRÍTICO/GRAVE”, “ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)”, “PRONTO SOCORRO PEDIÁTRICO”, “PRONTO SOCORRO OBSTÉTRICO”, “PRONTO SOCORRO CARDIOVASCULAR”, “PRONTO SOCORRO NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA”, “PRONTO SOCORRO TRAUMATO ORTOPÉDICO” e “PRONTO SOCORRO OFTALMOLÓGICO”, “PRONTO SOCORRO GERAL/CLÍNICO”, respectivamente.</p> <p>“Link” :http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp.</p>
---------------------------	---

Interpretação do Indicador

Verifica a disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24 horas na área prevista para cobertura assistencial definida nos produtos das operadoras.

Usos

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

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O parâmetro é ter disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24 horas em todos os municípios indicados como área de atuação dos produtos.

Meta

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

Pontuação

Resultado Obtido Pela Operadora	Pontuação
Resultado = 0%	0
Resultado > 0% e < 100%	V (> 0 e < 1)
Resultado = 100%	1

$$V = (\text{Resultado} > 0\% \text{ e } < 100\%) / 100$$

Fonte

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

MS/DATASUS/CNES

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.

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.

Dificuldade de atualização do Cadastro de Estabelecimento de Saúde do aplicativo RPS, podendo gerar inconsistências entre a rede informada à ANS e a efetivamente oferecida aos beneficiários.

Referências

1. Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.
2. Instrução Normativa (IN) DIPRO nº 23, de 1º de dezembro de 2009, alterada pela IN DIPRO nº 28, de 29 de julho de 2010.

3.4 - DISPERSÃO DA REDE ASSISTENCIAL ODONTOLÓGICA

Conceito

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

Método de Cálculo

Nº de municípios com disponibilidade de prestadores odontológicos	
Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial odontológica	x 100

Definição de termos utilizados no Indicador

Área Geográfica de Abrangência dos Produtos

Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelos beneficiários, conforme definido no anexo II da Resolução Normativa (RN) nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

Área de Atuação dos Produtos

Especificação dos municípios ou UF, de acordo com a abrangência adotada acima, conforme definido no anexo II da RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.

Municípios com Disponibilidade de Prestadores Odontológicos

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. Para os produtos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de

Estados e Nacional serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF.

Serão considerados para a quantificação dos municípios os estabelecimentos classificados no CNES na seção Atendimentos Prestados, Tipos de Atendimento “Ambulatorial” ou “SADT”, que possuam ao menos um convênio diferente de “SUS”.

Os estabelecimentos classificados no CNES no campo “Natureza da Organização” como “Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)” ou “Administração Direta de Outros Órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc)” não serão considerados para a quantificação dos municípios.

Municípios com Previsão de Cobertura Assistencial Odontológica

Todos os municípios indicados na área de atuação dos produtos registrados no sistema RPS. Para os produtos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional, serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF. No cálculo do denominador serão considerados apenas os municípios que apresentam disponibilidade de prestadores odontológicos não exclusivos do SUS, segundo a informação contida no CNES/DATASUS.

Serão considerados para a quantificação dos municípios os estabelecimentos classificados no CNES na seção Atendimentos Prestados, Tipos de Atendimento “Ambulatorial” ou “SADT”, que possuam ao menos um convênio diferente de “SUS”.

Os estabelecimentos classificados no CNES no campo “Natureza da Organização” como “Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)” ou “Administração Direta de Outros Órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc)” não serão considerados para a quantificação dos municípios.

Critérios de Exclusão

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

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

Serão desconsideradas as operadoras que não possuem 100% de planos com segmentação exclusivamente odontológica.

Disponibilidade de Prestadores Odontológicos

A disponibilidade de prestadores odontológicos será verificada a partir da informação do CNES, conforme descrito abaixo:

Equipo Odontológico	Se possuir no menu “Relatórios”, seção “Equipamentos”, algum item com Código 80 e Equipamento “Equipo Odontológico”. “Link”: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp .
Cirurgião- Dentista*	Se possuir no menu “Relatórios”, seção “Ocupações (CBO)”, Ocupação CIRURGIAO-DENTISTA (em pelo menos uma especialidade). “Link”: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp .
Raio X Dentário	Se possuir no menu “Relatórios”, seção “Equipamentos” algum item com Código 07 e Equipamento “RAIO X DENTÁRIO”. “Link”: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp .

*CBO de Cirurgião-Dentista:

223204	CIRURGIAO DENTISTA AUDITOR
223208	CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL
223280	CIRURGIAO DENTISTA - DENTISTICA
223284	CIRURGIAO DENTISTA DISFUNCAO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL
223212	CIRURGIAO DENTISTA ENDODONTISTA
223216	CIRURGIAO DENTISTA EPIDEMIOLOGISTA
223220	CIRURGIAO DENTISTA ESTOMATOLOGISTA
223224	CIRURGIAO DENTISTA IMPLANTODONTISTA
223228	CIRURGIAO DENTISTA ODONTOGERIATRA
223276	CIRURGIAO DENTISTA - ODONTOLOGIA DO TRABALHO
223288	CIRURGIAO DENTISTA ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS
223232	CIRURGIAO DENTISTA ODONTOLOGISTA LEGAL
223236	CIRURGIAO DENTISTA ODONTOPIEDIATRA
223240	CIRURGIAO DENTISTA ORTOPEDISTA E ORTODONTISTA
223244	CIRURGIAO DENTISTA PATOLOGISTA BUCAL
223248	CIRURGIAO DENTISTA PERIODONTISTA
223252	CIRURGIAO DENTISTA PROTESIOLOGO BUCOMAXILOFACIAL
223256	CIRURGIAO DENTISTA PROTESISTA
223260	CIRURGIAO DENTISTA RADIOLOGISTA
223264	CIRURGIAO DENTISTA REabilitador ORAL
223268	CIRURGIAO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL
223272	CIRURGIAO DENTISTA DE SAUDE COLETIVA
223293	CIRURGIAO DENTISTA DA ESTRATÉGIA DE SAUDE DA FAMILIA

Interpretação do Indicador

Verifica a disponibilidade de prestadores odontológicos na área prevista para cobertura assistencial definida nos produtos das operadoras.

Usos

Acompanhar a distribuição dos prestadores odontológicos na área de atuação dos produtos com previsão de cobertura assistencial.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O parâmetro é ter disponibilidade de prestadores odontológicos em todos os municípios indicados como área de atuação dos produtos.

Meta

Apresentar prestadores odontológicos em 100% dos municípios com previsão de cobertura assistencial odontológica.

Pontuação

Resultado Obtido Pela Operadora	Pontuação
Resultado = 0%	0
Resultado > 0% e < 100%	V (> 0 e < 1)
Resultado = 100%	1

$$V = (\text{Resultado} > 0\% \text{ e } < 100\%) / 100$$

Fonte

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

MS/DATASUS/CNES

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.

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.

Dificuldade de atualização do Cadastro de Estabelecimento de Saúde do aplicativo RPS, podendo gerar inconsistências entre a rede informada à ANS e a efetivamente oferecida aos beneficiários.

Referências

1. Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações.
2. Instrução Normativa (IN) DIPRO nº 23, de 1º de dezembro de 2009, alterada pela IN DIPRO nº 28, de 29 de julho de 2010.

3.5 – PERCENTUAL DE QUALIDADE CADASTRAL

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

$$\frac{\text{Número de beneficiários ativos identificados no cadastro da operadora e com planos identificados}}{\text{Total de beneficiários ativos da operadora no Cadastro de Beneficiários na ANS}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no Indicador

Beneficiário de plano privado de assistência à saúde: pessoa física, titular ou dependente, que possua 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 (definição conforme RN nº 295/2012).

Beneficiário ativo: É o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato do respectivo plano está em vigor (definição conforme RN nº 295/2012).

Beneficiário dependente: É o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de dependência ou de agregado a um beneficiário titular (definição conforme RN nº 295/2012).

Beneficiário ativo identificado:

- 1) Beneficiário ativo identificado é aquele que atende aos critérios:

- “Nome do beneficiário”, “Data de nascimento do beneficiário”, plano preenchido e válido e “Número do beneficiário no Cadastro de Pessoa Física – CPF” preenchidos e válidos;

2) Itens para validação de preenchimento

- O campo “Nome do beneficiário” é considerado válido se preenchido conforme o documento “Críticas de Campos de dados cadastrais” disponível no sítio da ANS na Internet www.ans.gov.br, no perfil destinado às operadoras.
- O campo “CPF” é considerado válido se preenchido conforme o documento “Críticas de Campos de dados cadastrais” disponível no sítio da ANS na Internet www.ans.gov.br, no perfil destinado às operadoras e houver no máximo 2 (duas) repetições para cada um desses no Cadastro de Beneficiários da operadora;
- O CPF uma vez preenchido deve ser do próprio beneficiário e estar validado contra a base da Receita Federal.

Beneficiário ativo com plano identificado: É o beneficiário, titular ou dependente, cujo conteúdo dos campos seguintes esteja preenchido e válido:

- Para planos posteriores à Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, o campo “Número do código do plano na ANS”;
- Para planos anteriores à Lei 9.656, de 03 de junho de 1998 o campo “Número do código do plano na operadora”;
- Os campos “Número do código do plano na ANS” e “Número do código do plano na operadora” são considerados válidos, se estiverem preenchidos conforme o registrado no Registro de Planos de Saúde – RPS e o cadastrado no Sistema de Cadastro de Planos Antigos – SCPA, respectivamente.

Beneficiários ativos da operadora no Cadastro de Beneficiários na ANS:
Todos os beneficiários ativos da operadora existentes no Cadastro de Beneficiários na ANS.

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 à 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 beneficiários ativos identificados no cadastro da operadora e com planos identificados.

Pontuação

Resultado Obtido Pela Operadora	Pontuação
Resultado = 0%	0
0 < Resultado < 100%	0 < V < 1
Resultado = 100%	1

V= Resultado/100

Fonte de Dados

- SIB/ANS/MS – Sistema de Informações de Beneficiários;
- RPS/ANS/MS – Registro de Planos de Saúde e SCPA/ANS/MS - Sistema de Cadastro de Planos Antigos

Ações esperadas para causar impacto positivo no indicador

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

Limitações e vieses do indicador

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

Referências

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

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa (IN) nº 46 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial.

3.6 - ÍNDICE DE REGULARIDADE DE ENVIO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Conceito

Corresponde ao grau de cumprimento das obrigações periódicas das operadoras, quanto aos encaminhamentos devidos dos dados dos sistemas de informações Sistema de Informações do Beneficiário (SIB), Sistema de Informações de Produtos (SIP) e Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde (DIOPS), dentro dos prazos estabelecidos nos Atos Normativos da ANS.

Método de Cálculo

$$\frac{\frac{\text{Envio SIB}}{n} + \frac{\text{Envio SIP}}{n} + \frac{\text{Envio DIOPS}}{n}}{\text{Total de sistemas devidos}} \times 100$$

Este cálculo aplica-se às operadoras nas modalidades: Medicina de grupo, Odontologia de grupo, Filantropia, Autogestão, Seguradora especializada em saúde, Cooperativa médica e Cooperativa odontológica.

Não se incluem na fórmula acima os envios trimestrais do DIOPS para:

- Operadoras da modalidade Autogestão por RH estão desobrigadas do envio dos dados do DIOPS.
- Operadoras das modalidades Cooperativa odontológica ou Odontologia de grupo com número de beneficiários inferior a 20 (vinte) mil, estão dispensadas da obrigação de envio de informações relativas ao primeiro, segundo e terceiro trimestres.

Definição de termos utilizados no Indicador

Envio do SIP, SIB e DIOPS: número de envios periódicos desses dados pela operadora à ANS, dentro dos prazos para as competências estabelecidas nos normativos vigentes. A data considerada não depende da data de processamento das informações pela ANS, ou seja, será considerada a data do

primeiro envio de arquivo válido, independentemente da data de processamento das informações pela ANS.

n= Número de envios devidos para cada sistema de informação

Interpretação do Indicador

Demonstra o grau de efetividade das obrigações devidas das operadoras quanto à regularização do DIOPS, SIB, SIP, dentro dos prazos estabelecidos nas normas, quando devidos pela operadora.

Usos

Permitir o acompanhamento da operadora em relação ao cumprimento das normas estabelecidas para DIOPS, SIB e SIP.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Número de obrigações definidas nos atos normativos da ANS

Meta

Cumprimento das obrigações devidas em 100%.

Pontuação

Resultado Obtido Pela Operadora	Pontuação	
% de regularidade	Valor de 0 a 1	Peso 3
Resultado = 0	0	0
Resultado > 0% e < 100%	V (> 0 e < 1)	V x 3
Resultado = 100%	1	3

V = (Resultado > 0% < 100%)

Fonte

MS/ANS – Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (DIOPS)

MS/ANS – Sistema de Informações de Produtos (SIP)

MS/ANS – Sistema Cadastro de Operadoras (CADOP)

MS/ANS – Sistema de Informações de Beneficiários (SIB)

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Rever as rotinas operacionais para atendimento integral e tempestivo das informações periódicas requisitadas pelos normativos da ANS.

Limitações e Vieses

Não avalia a qualidade dos dados informados nos sistemas de informações SIB, SIP e DIOPS.

Referências

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Qualificação da Saúde Suplementar: uma nova perspectiva no processo de regulação. Rio de Janeiro: ANS, 2004

4- INDICADORES DA DIMENSÃO SATISFAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS (IDSB)

4.1 - PROPORÇÃO DE BENEFICIÁRIOS COM DESISTÊNCIA NO PRIMEIRO ANO

Conceito

Proporção de beneficiários que ingressaram nos dois anos anteriores ao ano avaliado pelo Programa de Qualificação e desistiram do vínculo com a operadora no primeiro ano do contrato.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Nº de beneficiários que ingressaram no biênio anterior ao ano base e desistiram no primeiro ano de contrato}}{\text{Total de beneficiários que ingressaram no biênio anterior ao ano base}}$$

Definição de termos utilizados no indicador

Beneficiários que ingressaram e desistiram no primeiro ano de contrato: beneficiários que assinaram contrato com a operadora nos dois anos anteriores ao ano base de avaliação do Programa de Qualificação e romperam esse contrato no primeiro ano de vigência pelos motivos de cancelamento determinados no item Critérios de inclusão.

Beneficiários que ingressaram: subconjunto dos beneficiários que assinaram contrato com a operadora nos dois anos anteriores ao ano base de avaliação do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, constituído pelos beneficiários que romperam esse contrato no primeiro ano de vigência pelos motivos de cancelamento determinados no item Critérios de inclusão, somados àqueles que permaneceram com o contrato por mais de um ano.

Biênio anterior ao ano base: período de dois anos anteriores ao ano base de avaliação do Programa de Qualificação.

Observação 1: o período de análise do tempo de permanência dos beneficiários inicia-se no primeiro dia do biênio anterior ao ano base de avaliação do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar e encerra-se no o último dia do referido ano base.

Critérios de inclusão

Para inclusão no cálculo do indicador será considerado apenas o seguinte motivo de cancelamento do SIB: rompimento do contrato por iniciativa do beneficiário.

Critérios de exclusão

Serão excluídos do cálculo do indicador os vínculos com os seguintes motivos de cancelamento: término da relação de vinculado a um beneficiário titular; desligamento da empresa (para planos coletivos); óbito; exclusão decorrente de mudança de código de beneficiário, motivada pela adaptação de sistema da operadora; alteração individual do código do beneficiário; inclusão indevida de beneficiário; fraude (art. 13 da Lei nº 9.656/98), inadimplência, transferência de carteira.

Observação 2: a nomenclatura empregada no sistema (SIB) refere-se a todos os tipos de contratos coletivos. Para os planos coletivos por adesão, o motivo de cancelamento “desligamento da empresa (para planos coletivos)” denota o desligamento do clube ou associação ao qual o beneficiário estava vinculado.

Interpretação do Indicador

1. Indica a fração de beneficiários que permaneceu por menos de um ano após ingresso na operadora.

2. Avalia indiretamente a satisfação do beneficiário com o serviço prestado, com base na proporção de beneficiários com desistência no primeiro ano de contrato.

Usos

1. Analisar o grau de desistência dos beneficiários de uma operadora.
2. Contribuir para avaliações sobre satisfação dos beneficiários, desde que sejam identificados os motivos do cancelamento.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Recomenda-se que a pontuação obtida pelo indicador seja utilizada para comparações no interior de um mesmo segmento (médico-hospitalar ou exclusivamente odontológico).

Meta

Nenhum beneficiário com desistência no primeiro ano.

Pontuação

Proporção de beneficiários que desistiram no primeiro ano de contrato	Pontuação
Resultado = 1	0
Resultado > 0 e < 1	V (> 0 e < 1)
Resultado = 0	1

$V = 1 - \text{Resultado}$

Fonte

MS/ANS – Sistema de Informações de Beneficiários (SIB).

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Estimular a operadora a conhecer os motivos de desligamento dos beneficiários dos seus planos, para que estas possam intervir, visando à permanência destes na operadora.

Limitações e Vieses

1. Confiabilidade das informações fornecidas pelas operadoras.
2. O indicador considera conjuntamente os planos individuais e coletivos, não permitindo análises por estas dimensões. Também não considera separadamente os registros com informação ignorada para o tipo de contratação.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Qualificação da Saúde Suplementar: uma nova perspectiva no processo de regulação. Rio de Janeiro: ANS, 2004.
Legislação de Saúde Suplementar.

4.2 - SANÇÃO PECUNIÁRIA EM PRIMEIRA INSTÂNCIA

Conceito

É a soma dos valores das multas julgadas em primeira instância de uma operadora em um período, excetuadas as multas diárias e aquelas provenientes de representações.

Método de Cálculo

Somatório das multas julgadas em primeira instância de uma operadora, no período analisado

Definição de termos utilizados no indicador

Multas julgadas em primeira instância de uma operadora: multas aplicadas à operadora decorrentes de processos julgados em primeira instância no ano avaliado, independente do ano de lavratura do auto de infração. Serão excluídas do cálculo do indicador as multas diárias e as multas provenientes das representações feitas à Diretoria de Fiscalização por parte das demais diretorias.

Período analisado: ano base de avaliação do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar

Interpretação do Indicador

O indicador baseia-se no valor total das multas aplicadas a uma operadora no período analisado, excetuando-se as multas diárias e as multas provenientes das representações feitas à Diretoria de Fiscalização por parte das demais diretorias. O valor de cada multa está diretamente relacionado à gravidade da infração praticada e ao porte da operadora segundo a RN124.

Usos

Medir a gravidade do conjunto das infrações à legislação cometidas por parte das operadoras.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Recomenda-se que a pontuação obtida pelo indicador seja utilizada para comparações no interior de um mesmo segmento (médico-hospitalar ou exclusivamente odontológico). Para o cálculo da média do porte utiliza-se o valor médio das multas aplicadas às operadoras de um mesmo porte conforme definido na RN 124.

Meta

Operadora com zero de sanção pecuniária.

Pontuação

Resultado Obtido Pela Operadora	Pontuação	
Valor total das multas aplicadas na operadora	Valor de 0 a 1	Peso 1
Resultado \geq média do porte $\times 2$	0	0
Resultado > 0 e $<$ média do porte $\times 2$	V (> 0 e < 1)	V x 1
Resultado = 0	1	1

$V = [1 - (\text{Resultado} / \text{Média do porte} \times 2)] \times 0,9$

Média do porte= valor médio das multas aplicadas às operadoras de um mesmo porte conforme definido na RN 124

Fonte de dados

MS/ANS – Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), Sistema Integrado de Fiscalização (SIF).

Ações esperadas para causar impacto no indicador

As operadoras devem cumprir a Legislação de Saúde Suplementar.

Limitações e Vieses

Lapso de tempo entre a reclamação e o julgamento.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Qualificação da Saúde Suplementar: uma nova perspectiva no processo de regulação. Rio de Janeiro: ANS, 2004. Legislação de Saúde Suplementar (RN 124).

4.3 ÍNDICE DE RECLAMAÇÕES

Conceito

É um índice que permite a aferição da satisfação dos beneficiários com relação à atuação das operadoras. Esta avaliação é feita do ponto de vista do consumidor que, ao julgar não ter tido respeitado seu direito, dirige-se a ANS para solicitar orientação, análise e julgamento da questão.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Média mensal de reclamações contra a operadora no ano base}}{\text{Média mensal de beneficiários ativos da operadora, no ano base}} \times 10.000$$

Definição de termos utilizados no Indicador

Beneficiário de plano privado de assistência à saúde: pessoa física, titular ou dependente, que possua direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com operadora de plano privado de assistência à saúde, para garantia da assistência médica hospitalar ou odontológica, conforme RN nº 295, de 10 de maio de 2012.

Beneficiário ativo: É o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato do respectivo plano está em vigor, conforme RN nº 295, de 10 de maio de 2012.

Média mensal de beneficiários ativos da operadora no SIB/ANS: soma da quantidade de beneficiários ativos nos meses do ano-base, dividida por 12, segundo o SIB/ANS.

Média mensal de reclamações: Total de demandas classificadas como reclamações que a Agência recebe no ano dos consumidores de planos privados de saúde contra a operadora dividido por 12. São excluídas apenas as reclamações que no procedimento da NIP são classificadas como NA (não se aplica) em razão de duplicidade ou por beneficiário não pertencer à operadora.

Interpretação do indicador

- Significa que para cada grupo de 10.000 beneficiários houve, em média, x reclamações mensais durante o ano para aquela operadora. Por exemplo, se o índice da operadora for 2,1, significa que para cada grupo de 10.000 beneficiários houve 2,1 reclamações por mês no ano base;
- Avalia a satisfação dos beneficiários com a sua operadora de plano de saúde;
- Quanto menor o valor do índice, maior acredita-se ser a satisfação dos beneficiários com a operadora.

Uses

- Avaliar e acompanhar o histórico de reclamação que os beneficiários têm contra a operadora de planos de saúde;
- Incentivar a operadora a aprimorar a qualidade dos serviços prestados aos seus beneficiários de forma a melhorar a satisfação dos mesmos.

Meta

Zero reclamações durante o ano.

Pontuação

Resultado do Índice de reclamações	Pontuação
Resultado > 0	0 < V < 1
Resultado = 0	±

$$V = 1/\exp(\text{índice})$$

Fonte de Dados

SIB/ANS/MS – Sistema de Informações de Beneficiários e SIF/ANS/MS – Sistema Integrado de Fiscalização.

Ação esperada para causar impacto positivo no índice

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

Limitações e Vieses

- O indicador avalia a satisfação do beneficiário de forma indireta, registrando sua insatisfação.

Referências

- Resolução Normativa nº 226, de 05 de agosto de 2010.
- Resolução Normativa nº 295, de 10 de maio de 2012.

4.3 – ÍNDICE DE RECLAMAÇÕES ([Redação dada pela IN/DIGES nº 16, de 5 de Setembro de 2014](#))

Conceito

É um índice que permite a comparação da atuação das operadoras do ponto de vista do consumidor que, ao julgar não ter tido respeitado seu direito, dirige-se a ANS para solicitar orientação, análise e julgamento da questão.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Média mensal de reclamações contra a operadora no ano base}}{\text{Média mensal de beneficiários ativos da operadora, no ano base}} \times 10.000$$

Definição de termos utilizados no Indicador

Beneficiário de plano privado de assistência à saúde: pessoa física, titular ou dependente, que possua 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, conforme RN nº 295, de 10 de maio de 2012.

Beneficiário ativo: É o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato do respectivo plano está em vigor, conforme RN nº 295, de 10 de maio de 2012.

Média mensal de beneficiários ativos da operadora no SIB/ANS: soma da quantidade de beneficiários ativos nos meses do ano base, dividida por 12, segundo o SIB/ANS.

Média mensal de reclamações: Total de reclamações que a Agência recebe no ano dos consumidores de planos privados de saúde contra a operadora, excluindo as reclamações julgadas como não procedentes, dividido por 12. Reclamações não procedentes são demandas finalizadas preliminarmente, antes da abertura do processo administrativo sancionador, por falta de indícios de infração.

Interpretação do indicador

- Significa que para cada grupo de 10.000 beneficiários houve, em média, x reclamações mensais durante o ano para aquela operadora. Por exemplo, se o índice da operadora for 2,1, significa que para cada grupo de 10.000 beneficiários houve 2,1 reclamações por mês no ano base;
- Avalia a satisfação dos beneficiários com a sua operadora de plano de saúde;
- Quanto menor o valor do índice, maior acredita-se ser a satisfação dos beneficiários com a operadora.

Usos

- Avaliar e acompanhar o histórico de reclamação que os beneficiários têm contra a operadora de planos de saúde;
- Incentivar a operadora a aprimorar a qualidade dos serviços prestados aos seus beneficiários de forma a melhorar a satisfação dos mesmos.

Meta

Zero reclamações durante o ano.

Pontuação

Resultado do Índice de reclamações	Pontuação
Resultado > 0	$0 < V < 1$
Resultado = 0	1

$$V = 1/\exp(\text{Índice})$$

Fonte de Dados

SIB/ANS/MS – Sistema de Informações de Beneficiários e SIF/ANS/MS – Sistema Integrado de Fiscalização.

Ação esperada para causar impacto positivo no índice

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

Limitações e Vieses

- O indicador avalia a satisfação do beneficiário de forma indireta, registrando sua insatisfação.

Referências

- Resolução Normativa nº 226, de 05 de agosto de 2010.
- Resolução Normativa nº 295, de 10 de maio de 2012.

ANEXO III

PESO DOS INDICADORES, PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR - COMPONENTE OPERADORAS – AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO REFERENTE AO ANO DE 2013

INDICADOR	PESO
1. INDICADORES DA DIMENSÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	
1.1. TAXA DE CITOPATOLOGIA CÉRVICO-VAGINAL ONCÓTICA	3
1.2. TAXA DE MAMOGRAFIA	3
1.3. PROPORÇÃO DE PARTO CESÁREO	3
1.4. NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS POR BENEFICIÁRIO	2
1.5. TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	2
1.6. PROPORÇÃO DE CONSULTA MÉDICA EM PRONTO SOCORRO	2
1.7. ÍNDICE DE SESSÕES DE QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA POR CONSULTA MÉDICA	2
1.8. TAXA DE INTERNAÇÃO POR FRATURA DE FÉMUR EM IDOSOS	0
1.9 . NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS SELECIONADAS POR BENEFICIÁRIO COM 60 ANOS OU MAIS	3
1.10. NÚMERO DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS INICIAIS POR BENEFICIÁRIO	2
1.11. TAXA DE APLICAÇÃO TÓPICA PROFISSIONAL DE FLUOR	1,5
1.12. TAXA DE RASPAGEM SUPRA -GENGIVAL	2
1.13. TAXA DE DENTES PERMANENTES COM TRATAMENTO ENDODÔNTICO CONCLUÍDO	1
1.14. TAXA DE EXODONTIA DE PERMANENTE	1
1.15. PROPORÇÃO DE PRÓTESES ODONTOLÓGICAS UNITÁRIAS	1
1.16. PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS	Bônus 10% ou 15% sobre IDAS
2. INDICADORES DA DIMENSÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA	
2.1. ENQUADRAMENTO EM GARANTIAS FINANCEIRAS	Não se aplica
2.2. PATRIMÔNIO LÍQUIDO POR FATURAMENTO	1
2.3. LIQUIDEZ CORRENTE	2

2.4. PRAZO MÉDIO DE PAGAMENTO DE EVENTOS	1
2.5. SUFICIÊNCIA EM ATIVOS GARANTIDORES VINCULADOS	3

3. INDICADORES DA DIMENSÃO ESTRUTURA E OPERAÇÃO	
3.1. DISPERSÃO DE PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE	1
3.2. DISPERSÃO DA REDE ASSISTENCIAL MÉDICO HOSPITALAR	1
3.3. DISPERSÃO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA VINTE E QUATRO HORAS	1
3.4. DISPERSÃO DA REDE ASSISTENCIAL ODONTOLÓGICA	1
3.5. PERCENTUAL DE QUALIDADE CADASTRAL	3
3.6. ÍNDICE DE REGULARIDADE DO ENVIO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	3
4. INDICADORES DA DIMENSÃO SATISFAÇÃO DO BENEFICIÁRIO	
4.1. PROPORÇÃO DE BENEFICIÁRIOS COM DESISTÊNCIA NO PRIMEIRO ANO	1
4.2. SANÇÃO PECUNIÁRIA EM PRIMEIRA INSTÂNCIA	1
4.3. ÍNDICE DE RECLAMAÇÕES	3