

CONFIANZA

[ACTUARIAL]

Informações adicionais

IDSS - INDICE DE DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE
SUPLEMENTAR

2021 - ANO BASE 2020

[Consultoria e Assessoria Atuarial]

PARECER TÉCNICO
DETALHAMENTO INDICADORES IDSS 2021 – BASE 2020

IDQS - QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE

Proporção de Parto Cesáreo

Conceito

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

As definições para o indicador são:

Parto cesáreo:

Procedimento cirúrgico no qual o concepto é extraído mediante incisão das paredes abdominal e uterina.

Parto normal:

Procedimento no qual o concepto nasce por via vaginal.

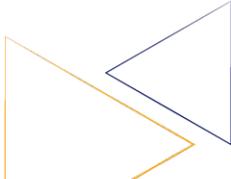
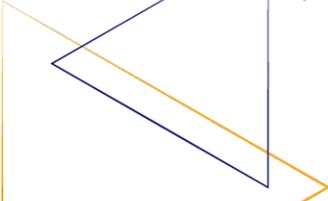
Parto múltiplo:

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

Interpretação do Indicador

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

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



Meta

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

Ações de impacto esperadas:

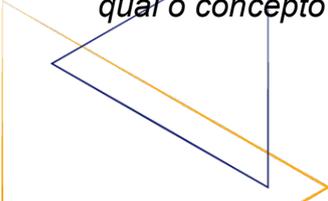
- ✓ *Incentivar o acompanhamento ao pré-natal a fim de reduzir as indicações de cirurgia não decorrentes de condições clínicas, de forma que o parto cirúrgico seja realizado de acordo com indicações clínicas precisas.*
- ✓ *Incentivar a disseminação de informações a respeito das vantagens do parto normal em comparação com o parto cesáreo e dos riscos da realização do parto cesáreo na ausência de indicações clínicas precisas.*
- ✓ *Divulgar os indicadores e as metas estabelecidas para as operadoras junto aos prestadores de serviços de saúde.*
- ✓ *Pactuar e sensibilizar os prestadores de serviços de saúde sobre a importância do processo de qualificação da assistência à saúde da mulher e da criança.*
- ✓ *Criar campanhas de informação sobre os tipos de parto, seus benefícios e riscos, procurando motivar a realização do parto normal sempre que indicado.*
- ✓ *Construir um sistema de informações que permita a identificação do perfil epidemiológico (demográfico, de morbidade, de utilização, entre outros) da população beneficiária.*

Taxa de Consultas de Pré-Natal**Conceito**

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

As definições para o indicador são:**Parto:**

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



Consulta pré-natal:

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

Beneficiárias univocamente identificadas:

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

Grávidas no ano-base e no ano anterior:

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

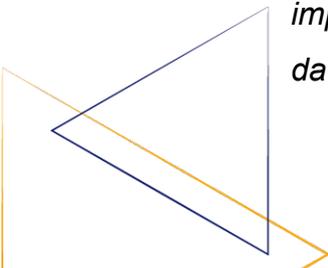
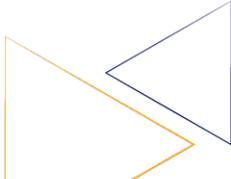
Interpretação do Indicador

Permite estimar a cobertura do atendimento pré-natal de gestantes em relação ao total de partos realizados no período analisado. Indica situações que demandam ações e estudos específicos pelas operadoras. Contribui para avaliar a qualidade da assistência pré-natal em associação com outros indicadores como a proporção de parto cesáreo. Busca avaliar o acesso e a qualidade do cuidado obstétrico na Saúde Suplementar.

Meta

A meta é atingir pelo menos 7 (sete) consultas de pré-natal durante a gestação de risco habitual ou alto risco.

Ações de impacto esperadas:

- ✓ Incentivar o acompanhamento pré-natal a fim de reduzir desfechos como prematuridade, baixo peso e mortalidade materna;
 - ✓ Divulgar os indicadores e as metas estabelecidas para as operadoras junto aos prestadores de serviços de saúde;
 - ✓ Pactuar e sensibilizar os prestadores de serviços de saúde sobre a importância do processo de qualificação da assistência à saúde da mulher e da criança.
- 
- 
- 

Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos

Conceito

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

Interpretação do Indicador

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

A queda pode ser considerada como evento sentinela na saúde da pessoa idosa. Entre as principais causas estão fatores de risco individuais e fatores relacionados ao meio ambiente e ao acesso à atenção básica específica para esta faixa etária. Uma das principais consequências de queda em pessoas idosas é a fratura do fêmur, principalmente em mulheres. A prevenção de fratura do fêmur envolve ações para acesso ao cuidado específico ao idoso, envolvendo estratégias para informação e educação em saúde, prevenção e tratamento oportuno da osteoporose com vistas à prevenção de quedas.

Definição de termos utilizados no Indicador:

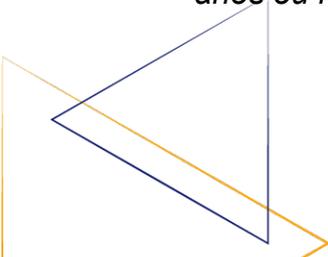
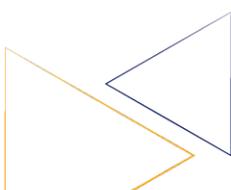
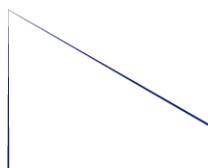
Internação por Fratura de Fêmur (60 anos ou mais):

Internações decorrentes da fratura de fêmur em pessoas com 60 anos de idade ou mais.

Meta

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

Ações esperadas

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

- ✓ Adotar estratégias de controle dos riscos e ações de prevenção de quedas e de osteoporose;
- ✓ Divulgar os indicadores e as metas estabelecidas para as operadoras junto aos prestadores de serviço;
- ✓ Sensibilizar e pactuar com os prestadores sobre a importância da prevenção e qualificação da assistência.

Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 anos

Conceito

Razão entre as consultas ambulatoriais para o cuidado integral da criança por beneficiários de até 4 anos em relação ao total de consultas recomendadas no período considerado.

Interpretação do Indicador

Permite estimar a cobertura de consultas ambulatoriais com pediatra em relação à média de beneficiários, no período analisado, com idade igual ou inferior a 4 anos. Aponta situações de dificuldade de acesso aos serviços de atenção básica para crianças até 4 anos de idade.

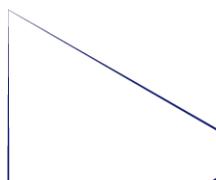
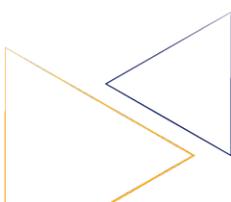
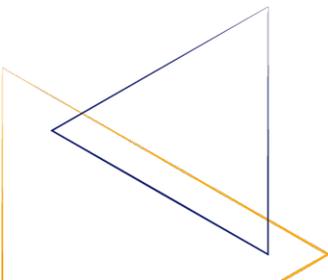
Definição de termos utilizados no Indicador:

Número total de consultas ambulatoriais para o cuidado integral da Criança:

Para fins do PQO, serão consideradas consultas com as especialidades Pediatria e Família e Comunidade para a realização do cuidado integral da criança até 04 anos de idade.

Número de Consultas ambulatoriais com pediatra:

Atendimentos prestados em regime ambulatorial por profissional com Título de Especialista e/ou Certificado de Residência Médica em Pediatria, regularmente registrado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico de crianças e adolescentes.



Número de Consultas ambulatoriais em Medicina de Família e Comunidade:

Consultas na especialidade médica voltada para a provisão contínua e integrada de cuidados primários de saúde para toda a família.

Meta

Apresentar uma produção igual ou superior a 8 consultas no primeiro ano de vida e 2,7 consultas por ano para crianças com idade entre 1 e 4 anos. Ou, de forma simplificada, apresentar pelo menos 0,95 de razão das consultas realizadas em relação às consultas recomendadas para crianças de até 4 anos.

Ações esperadas

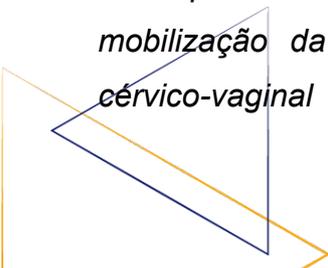
- ✓ *Incentivar ações primárias de atenção à saúde da criança, por meio da garantia de acesso da população infantil aos pediatras em consultórios e outras unidades básicas de saúde;*
- ✓ *Facilitar o acesso aos pediatras da rede prestadora, tanto em termos de oferta de horários flexíveis para as consultas, quanto da distância entre o consultório do pediatra e a residência das famílias beneficiárias;*
- ✓ *Promover ações voltadas à conscientização dos pais sobre a importância da busca do pediatra para acompanhamento contínuo da saúde da criança.*

Taxa de Citopatologia Cérvico - Vaginal Oncótica**Conceito**

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

Interpretação do Indicador

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



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

Definição de termos utilizados no Indicador:

Procedimentos diagnósticos em citopatologia cérvico-vaginal oncótica:

É o exame colpocitopatológico de esfregaço de material do colo uterino para a identificação de células atípicas.

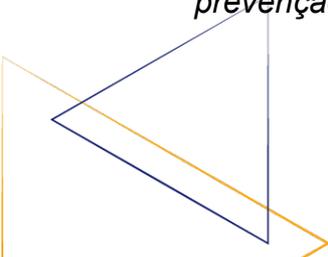
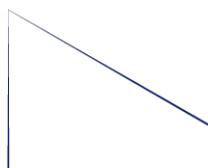
Beneficiárias univocamente identificadas:

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

Meta

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

Ações esperadas

- ✓ *Incentivar a realização da repetição do exame ‘citopatologia cérvico-vaginal oncótica’ a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano, para o rastreamento do câncer de colo de útero em mulheres entre 25 e 64 anos por meio da adoção de estratégias de busca ativa para a captação de beneficiárias e aumento da cobertura assistencial;*
 - ✓ *Incentivar a divulgação de informações a respeito do câncer de colo uterino e sua ocorrência nas diversas faixas etárias da população feminina, dos fatores de risco - como a infecção por HPV, garantindo orientação adequada quanto à forma de prevenção desta doença às mulheres beneficiárias de planos de saúde;*
 - ✓ *Sensibilizar e pactuar com os prestadores sobre a importância do processo de prevenção e qualificação da assistência;*
- 
- 
- 

- ✓ *Construir sistema de informações que permita a definição do perfil epidemiológico (demográfico, de morbidade, de utilização, entre outros) da população beneficiária;*
- ✓ *Divulgar os indicadores e metas estabelecidas para as operadoras junto aos prestadores de serviço.*

Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada

Conceito

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

Interpretação do Indicador

A partir de estimativa da prevalência do diabetes mellitus em beneficiários adultos de planos de saúde das capitais brasileiras, mede-se o número de exames de hemoglobina glicada realizados nesta população e indiretamente a adesão dos médicos assistentes às diretrizes clínicas que recomendam que os testes de HbA1c devam ser realizados pelo menos duas vezes ao ano por todos os pacientes diabéticos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). Aponta a adoção por parte da operadora de estratégias de estímulo dos prestadores à adesão às diretrizes clínicas de avaliação do controle glicêmico de pacientes adultos diabéticos. Pode indicar situações de utilização excessiva e desnecessária deste exame.

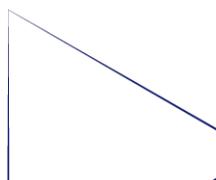
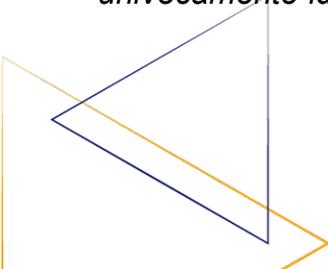
Definição de termos utilizados no Indicador:

Numerador:

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

Beneficiários univocamente identificados

Por meio do Cartão Nacional de Saúde – CNS é possível identificar cada beneficiário de forma unívoca. O objetivo é somar, a partir do segundo exame realizado pelo beneficiário univocamente identificado, a quantidade de exames totais realizados no ano. Pressupõe-se



que os exames realizados em beneficiários que apresentaram apenas um exame ao ano tinham finalidade diagnóstica e não de monitoramento do diabetes mellitus.

Denominador:

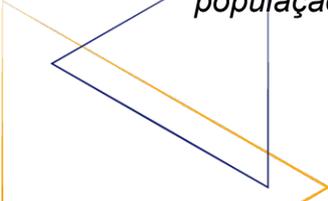
Beneficiários com diabetes mellitus e idade entre 19 e 75 anos

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

Meta

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

Ações esperadas

- ✓ Realizar campanhas educativas dirigidas à rede prestadora sobre a utilização do exame de hemoglobina glicada no monitoramento do controle glicêmico de pacientes diabéticos em conformidade com as diretrizes clínicas da SBD (2016);*
 - ✓ Implementar ações de coordenação do cuidado entre médicos de diferentes especialidades para assegurar que o exame seja solicitado no momento oportuno e para evitar a solicitação de “novos” exames sem que se tenha a informação sobre pedidos e resultados anteriores;*
 - ✓ Incentivar a adoção do Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP pela rede prestadora a fim de facilitar o acesso às informações sobre o estado de saúde e a assistência recebida pelos beneficiários diabéticos durante seu percurso pela linha de cuidado. Do mesmo modo, a adoção do PEP tem efeitos positivos sobre a otimização dos recursos de saúde, bem como sobre a adesão dos médicos assistentes às diretrizes clínicas para o cuidado de pacientes com diabetes mellitus;*
 - ✓ Construir um sistema de informações que permita a identificação do perfil epidemiológico (demográfico, de morbidade, de utilização, entre outros) da população beneficiária.*
- 
- 
- 

Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos

Conceito

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

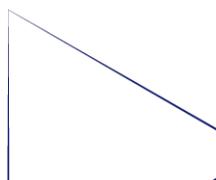
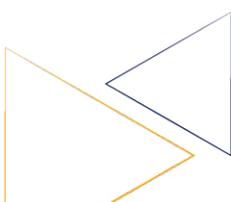
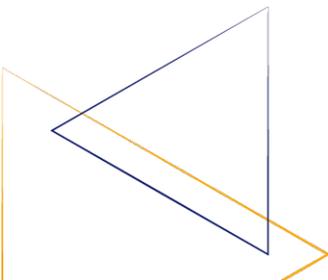
Interpretação do Indicador

A relação generalista/especialista visa incentivar os cuidados primários, dando acesso dos idosos aos profissionais generalistas que poderiam resolver de 70% a 80% dos problemas de saúde (WHO, 1978). Profissionais de atenção primária conseguem tratar uma grande gama de problemas de saúde, evitando que os pacientes sejam encaminhados para especialistas desnecessariamente ou busquem de forma desordenada o atendimento em unidades de urgência e emergência (STARFIELD, 2002). Quando a razão de consultas médicas ambulatoriais com generalista/ especialista para idosos for muito baixa, pode apontar para um modelo de atenção equivocado, centrado na atenção especializada, descoordenado, fragmentado e pouco resolutivo (STARFIELD, 2002). Além disso, um número reduzido de consultas com generalista em relação às consultas com especialistas pode levar a um aumento nas internações sensíveis ao cuidado na atenção primária. Vários estudos apontam para o fato de que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde (ALFRADIQUE ME et al., 2009).

Definição de termos utilizados no Indicador:

Consultas com Generalista para Idosos:

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



Consultas em Clínica Médica:

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

Consultas em Geriatria:

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

Consultas em Medicina de Família e Comunidade:

Consultas na especialidade médica voltada para a provisão contínua e integrada de cuidados primários de saúde para toda a família.

Consultas com Generalista:

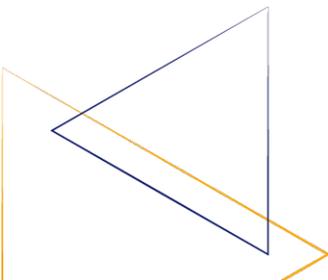
Consultas com médicos cuja prática não é restrita a uma área específica da medicina.

Consultas com Médico Especialista:

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

Meta

A literatura aponta para uma meta com um resultado igual ou superior a 3 ou 4 consultas com médico generalista por uma consulta com especialista, por beneficiário na faixa etária de 60 anos ou mais. Entretanto, diante da necessidade de mudança do modelo de atenção brasileiro, é importante apontar para o aumento progressivo da meta. Será considerada uma meta ainda distante do desejado, de 1 generalista para até 5 especialistas ($1:5 = 0,2$), com previsão de aumento da meta ao longo dos anos até que essa razão comece a se inverter. A partir de uma razão de 1 generalista para 15 especialistas ($1:15 = 0,06$) a pontuação para o indicador passa a ser zero.



Ações esperadas

- ✓ *Identificar as necessidades de saúde dos idosos e adotar estratégias para a captação e aumento da cobertura assistencial básica específica para este ciclo de vida, assim como, das estratégias de prevenção de riscos e doenças;*
- ✓ *Divulgar os indicadores e metas estabelecidas para as operadoras junto aos prestadores de serviço;*
- ✓ *Pactuar e sensibilizar os prestadores sobre a importância do processo de qualificação da assistência básica;*
- ✓ *Construir um sistema de informações que permita a identificação do perfil epidemiológico (demográfico, de morbidade, de utilização, entre outros) da população beneficiária.*

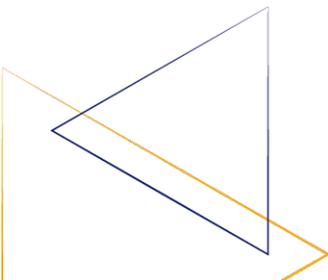
Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças

Conceito

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

Interpretação da Pontuação Base

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



Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS

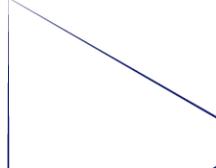
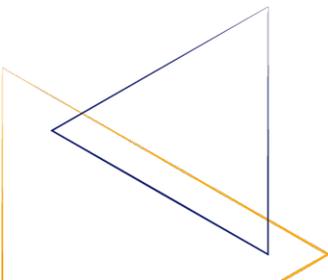
Conceito

Pontuação base atribuída ao resultado do Índice de Desempenho da Qualidade em Atenção à Saúde – IDQS, para as operadoras que assinaram Termo de Compromisso / Termo de Acompanhamento em um dos Projetos: (1) Parto Adequado; e (2) Projeto-piloto em APS, até o último dia útil do ano-base analisado. A pontuação também será atribuída às Operadoras cuja Certificação em Atenção Primária à Saúde - APS, obtida junto a uma Entidade Acreditadora em Saúde, tenha sido concedida até o último dia útil do ano-base analisado.

Interpretação da Pontuação Base

Incentiva a operadora que participa dos projetos propostos pela ANS de forma voluntária. Os projetos apresentados pela ANS têm como objetivos, por um lado, a melhoria da qualidade e da coordenação do atendimento prestado desde a porta-de-entrada do sistema e ao longo do continuum do cuidado e, por outro, identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas sem indicação clínica na saúde suplementar. Como consequência, será possível observar ao longo do tempo a utilização mais adequada dos recursos do sistema como um todo - tanto por profissionais de saúde quanto por usuários / pacientes. Desta forma, esta Pontuação Base se aplica às operadoras de planos privados de assistência à saúde que têm desenvolvido estratégias alinhadas às propostas de reorientação do modelo de prestação e remuneração de serviços de saúde, em um dos 2 Projetos de Indução da Qualidade em andamento: (1) Parto Adequado e (2) Projeto-piloto em APS. A operadora poderá pontuar ainda ao ter sua Certificação em APS homologada pela ANS. O resultado final do IDQS acrescido da pontuação base não poderá ultrapassar o valor 1 (um).

“A pontuação base para participação em projetos de indução da qualidade não é cumulativa, ou seja, independe do número de projetos ou certificações dos quais a operadora participe.”



Participação no Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor

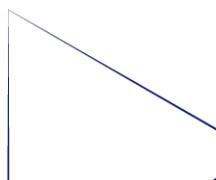
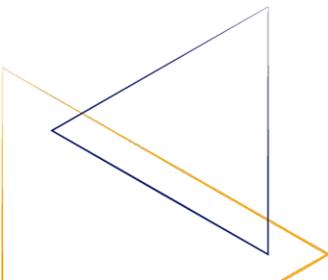
Conceito

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

Interpretação do indicador

Incentiva a operadora que participa dos projetos propostos pela ANS de forma voluntária. O modelo apresentado pela ANS tem por principal meta a melhoria da qualidade por meio da mudança do modelo de remuneração dos prestadores de serviços de saúde. Desta forma, esta Pontuação Base se aplica às operadoras de planos privados de assistência à saúde que desenvolvem projetos de modelos de remuneração de prestadores de serviços aprovados pela ANS, alinhados às diretrizes de modelos de remuneração de serviços de saúde constantes no Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor da ANS:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf



Índice composto de Qualidade Cadastral -(SIB)

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.

Interpretação do indicador

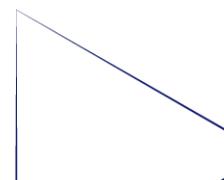
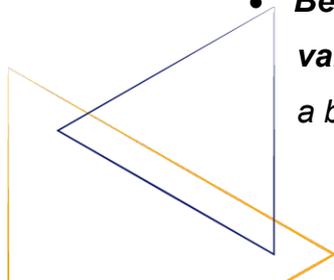
Avalia a qualidade do preenchimento dos campos identificadores do beneficiário e do plano ao qual o beneficiário está vinculado. Quanto maior o valor do indicador, maior a qualidade dos dados da operadora no Cadastro de Beneficiários na ANS, tanto em relação aos dados de beneficiários como aos dados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

Definição de termos utilizado no indicador

Beneficiário de plano privado de assistência à saúde:

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

- **Beneficiário dependente:** *é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de dependência ou de agregado a um beneficiário titular. OS Beneficiários dependentes menores ativos no cadastro de beneficiários da operadora na ANS devem ser “identificados”, com planos identificados e com CNS válido;*
- **Beneficiários ativos da operadora no Cadastro de Beneficiários na ANS:** *todos os beneficiários da operadora existentes no Cadastro de Beneficiários na ANS cujo contrato do respectivo plano está em vigor;*
- **Beneficiário ativo (Titulares e Dependentes, maiores e menores) validado:** *considera-se beneficiário ativo validado quando, em confronto com a base da Receita Federal, é verificada uma das situações abaixo:*



- 1- O CPF, o nome completo e a data de nascimento são idênticos;
 - 2- O CPF, o primeiro nome e o último nome e a data nascimento são idênticos;
 - 3- O CPF, o primeiro nome, o nome do meio e a data de nascimento são idênticos;
 - 4- O CPF e data de nascimento são idênticos aos preenchidos na base da Receita Federal e o primeiro e o último nome do beneficiário são iguais ao primeiro nome e nome do meio; ou o primeiro nome e nome do meio são iguais ao primeiro e último nome do beneficiário.
- **Beneficiário dependente menor validado (quando da ausência de CPF):**
Considera-se beneficiário dependente menor identificado quando o registro está preenchido com todos os campos abaixo:
 - 1- Código de identificação do beneficiário;
 - 2- Nome do beneficiário;
 - 3- Data de nascimento;
 - 4- Código do beneficiário titular;
 - 5- Nome da mãe;
 - 6- Código do sexo igual a 1 (masculino) ou igual a 3 (feminino);
 - 7- Cartão Nacional de Saúde.

Planos identificados

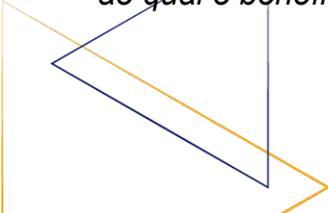
Campo “PLANO (RPS)” ou campo “PLANO (SCPA)” do beneficiário no cadastro de beneficiários da operadora na ANS preenchido com o número do plano que consta na tabela de registro de planos vinculada à operadora;

CNS válido

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

Meta

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



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.

Taxa de utilização do SUS

Conceito

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

Definição dos termos utilizado no indicador

NUT

de eventos identificados de utilização da rede do SUS por beneficiários da operadora de saúde suplementar, tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento, por meio da aplicação do fator de ajuste (taxa de indeferimento dos últimos 3 anos). Serão considerados apenas os atendimentos dos ABIs que representam os quatro últimos períodos de competências sucessivas (representando um ano de identificação), ou seja, confirmando-se o cronograma de lançamento dos ABIs para 2020, serão considerados os eventos notificados nos ABIs 80º, 81º, 82º, 83º e 84º.

O numerador NUT terá dois componentes, um deles referente aos atendimentos não impugnados dos ABIs acima mencionados (os quais serão considerados em sua integralidade) e outro referente aos atendimentos impugnados; para estes últimos, será aplicado um fator de ajuste (FA_{2020}), correspondente ao tratamento com estimativa baseada no histórico de ressarcimento. Sendo assim:

$$NUT_{2020} = f_{\text{atendimentos não impugnados}} + (f_{\text{atendimentos impugnados}} \times FA_{2020})$$

Onde: - NUT_{2020} é número total de eventos identificados em 2020 de utilização da rede do SUS por beneficiários da operadora de saúde suplementar, tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento;

- $f_{\text{atendimentos não impugnados}}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados em 2020 e que não foram impugnados pelas operadoras de plano de saúde;
- $f_{\text{atendimentos impugnados}}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados em 2020 e que foram impugnados pelas operadoras de planos de saúde;
- FA_{2020} o fator de ajuste que será aplicado sobre a quantidade total de atendimentos lançados no ano de 2020 e que foram impugnados pelas operadoras. Este fator de ajuste será calculado pela média da taxa de indeferimento dos ABIs lançados nos anos de 2017, 2018 e 2019;

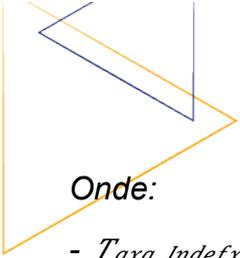
Estimativa baseada no histórico de Ressarcimento

Como espera-se que parte dos eventos avisados em 2020 sejam indeferidos quando analisados, será realizada uma estimativa a partir da série histórica dos três anos mais recentes disponíveis da taxa de indeferimento por operadora. A utilização de três anos é estatisticamente suficiente para a identificação de um padrão de comportamento da operadora necessária para o cálculo da estimativa. A cada novo ano-base será calculada nova estimativa de indeferimentos por operadora considerando os anos mais recentes, desse modo contemplando a eventual mudança de padrão da operadora. A estimativa dos indeferimentos é realizada utilizando-se a média aritmética dos percentuais de indeferimentos dos três anos anteriores ao ano-base. Sendo assim, para o ano-base de 2020, a estimativa de indeferimentos irá considerar as taxas de indeferimento dos ABIs lançados nos anos de 2017 (ABI 59º, 61º, 63º e 65º), 2018 (ABI 67º, 69º, 71º e 73º) e 2019 (74º, 75º, 76º, 77º, 78º e 79º), conforme apresentado a seguir:

$$FA_{2020p} = \frac{\text{Taxa Indef}_{2017} + \text{Taxa Indef}_{2018} + \text{Taxa Indef}_{2019}}{3}$$

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

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



Onde:

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

Benef

Média de beneficiários da operadora. O cálculo da média de beneficiários deverá utilizar as competências dos ABIs lançados em 2020. Portanto, confirmando-se o cronograma de lançamento dos ABIs para 2020, serão considerados os ABIs 80º, 81º, 82º, 83º, e 84º. Com isso, no denominador da fórmula (Benef) será calculada a média dos beneficiários por operadora nas competências de 04/2018 a 03/2019.



Taxa_Op

É a Taxa de Utilização da Operadora no SUS, considerando-se, para tanto, o número de atendimentos prestados aos beneficiários vinculados a operadoras de planos de saúde na rede SUS ou conveniada (tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento), pelo número de beneficiários da respectiva operadora. Para melhor entendimento, segue abaixo a fórmula ampliada da Taxa_Op:

$$Taxa_{Op} = \frac{f_{\text{atendimentos não impugnados}} + (f_{\text{atendimentos impugnados}} \times \left(\frac{\text{Taxa Indef}_{2017} + \text{Taxa Indef}_{2018} + \text{Taxa Indef}_{2019}}{3} \right))}{Benef}$$

Meta

Resultado da operadora inferior ao valor correspondente ao P80 (Percentil 80).

Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS

Conceito

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

Interpretação do indicador

Permite medir a completude e inferir a qualidade do envio de dados do Padrão TISS da operadora para a ANS. Essas características são medidas através da razão entre o total do Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde e o Valor em Reais da Despesa dos Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados e da Receita de Contraprestações Corresponsabilidade Cedida, de Assistência à Saúde Hospitalar e Odontológica informados no DIOPS/ANS, no período considerado. Quanto mais próximos esses valores estiverem entre si, mais próxima de 1 (um) estará a razão entre eles, portanto, mais próximos da completude estarão os dados do Padrão TISS da operadora incorporados ao Banco de Dados da ANS.

Definição dos termos utilizado no indicador

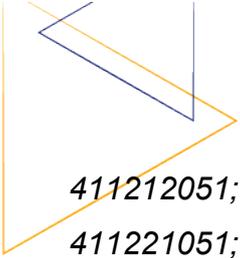
Total do valor informado em Reais dos eventos de atenção à saúde

corresponde ao somatório do conteúdo do campo 050 “Valor informado da guia”; do campo 094 “Valor da cobertura contratada na competência”; do campo 103 “Valor total dos itens fornecidos” e do campo 116 “Valor total informado” enviados pela operadora e incorporados ao banco de dados da ANS, conforme estabelecido no Padrão TISS, no período considerado.

Total do valor em Reais da despesa assistencial

corresponde ao valor em Reais da Despesa Assistencial dos EVENTOS/ SINISTROS CONHECIDOS OU AVISADOS e da Receita de CONTRAPRESTAÇÕES DE CORRESPONSABILIDADE CEDIDA, de ASSISTÊNCIA À SAÚDE HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA, informados no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS, conforme estabelece sua norma, no período considerado. As contas dessas despesas e receitas consideradas no DIOPS para comparação com o valor informado no TISS são:

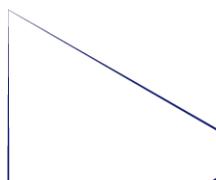
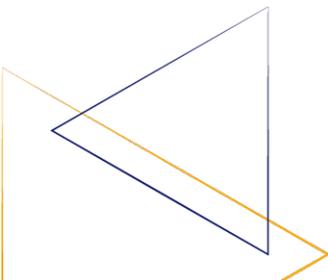
311711011; 311711013; 311711021; 311711023; 311711031; 311711033;
 311711041; 311711043; 311711051; 311711053; 311711061; 311711063;
 311712011; 311712031; 311712033; 311712041; 311712043; 311712051;
 311712053; 311712061; 311712063; 311721011; 311721013; 311721021;
 311721023; 311721031; 311721033; 311721041; 311721043; 311721051;
 311721053; 311721061; 311721063; 311722011; 311722031; 311722033;
 311722041; 311722043; 311722051; 311722052; 311722053; 311722061;
 311722063;
 411111011; 411111017; 411111021; 411111027; 411111031; 411111037;
 411111041; 411111047; 411111051; 411111057; 411111061; 411111067;
 411112031; 411112037; 411112041; 411112047; 411112051; 411112057;
 411112061; 411112067; 411121011; 411121017; 411121021; 411121027;
 411121031; 411121037; 411121041; 411121047; 411121051; 411121057;
 411121061; 411121067; 411122031; 411122037; 411122041; 411122047;
 411122051; 411122057; 411122061; 411122067; 411211011; 411211021;
 411211031; 411211041; 411211051; 411211061; 411212031; 411212041;



411212051; 411212061; 411221011; 411221021; 411221031; 411221041;
411221051; 411221061; 411222031; 411222041; 411222051; 411222061;
411311011; 411311021; 411311031; 411311041; 411311051; 411311061;
411312031; 411312041; 411312051; 411312061; 411321011; 411321021;
411321031; 411321041; 411321051; 411321061; 411322031; 411322041;
411322051; 411322061; 411411011; 411411017; 411411021; 411411027;
411411031; 411411037; 411411041; 411411047; 411411051; 411411057;
411411061; 411411067; 411412031; 411412037; 411412041; 411412047;
411412051; 411412057; 411412061; 411412067; 411421011; 411421017;
411421021; 411421027; 411421031; 411421037; 411421041; 411421047;
411421051; 411421057; 411421061; 411421067; 411422031; 411422037;
411422041; 411422047; 411422051; 411422057; 411422061; 411422067;
411511011; 411511021; 411511031; 411511041; 411511051; 411511061;
411512031; 411512041; 411512051; 411512061; 411521011; 411521021;
411521031; 411521041; 411521051; 411521061; 411522031; 411522041;
411522051; 411522061; 411711011; 411711017; 411711021; 411711027;
411711031; 411711037; 411711041; 411711047; 411711051; 411711057;
411711061; 411711067; 411712031; 411712037; 411712041; 411712047;
411712051; 411712057; 411712061; 411712067; 411721011; 411721017;
411721021; 411721027; 411721031; 411721037; 411721041; 411721047;
411721051; 411721057; 411721061; 411721067; 411722031; 411722037;
411722041; 411722047; 411722051; 411722057; 411722061; 411722067;
411911011; 411911017; 411911021; 411911027; 411911031; 411911037;
411911041; 411911047; 411911051; 411911057; 411911061; 411911067;
411912031; 411912037; 411912041; 411912047; 411912051; 411912057;
411912061; 411912067; 411921011; 411921017; 411921021; 411921027;
411921031; 411921037; 411921041; 411921047; 411921051; 411921057;
411921061; 411921067; 411922031; 411922037; 411922041; 411922047;
411922051; 411922057; 411922061; 411922067.

Meta

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



Ações esperadas para causar impacto positivo no indicador

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

Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde

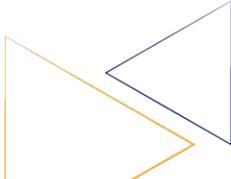
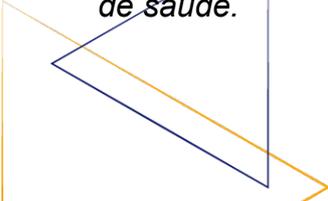
Conceito

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

Interpretação do indicador

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

Práticas e condutas equivocadas ou irregulares de prestadores de serviços de saúde podem ensejar a aplicação devida de glosas por parte das operadoras, tais como erro do prestador no preenchimento/envio da guia, cobrança em duplicidade ou atraso no envio da documentação. Contudo, se aplicada de modo indevido a glosa pode promover uma redução de despesa assistencial à custa da remuneração do prestador executante do serviço. Assim, entende-se que a análise dos valores glosados, diante do total dos valores informados em procedimentos e itens assistenciais, assim como a análise da proporção de prestadores com glosa constituem informações relevantes para a compreensão e a promoção do equilíbrio na relação entre a operadora e sua rede de prestadores de serviços de saúde.



Definição de termos utilizados no indicador:**Valor, em reais, do somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais:**

Corresponde ao somatório do conteúdo do campo 058 (“valor total de glosa”) do Componente de Conteúdo e Estrutura do Padrão TISS vigente nas guias incorporadas ao banco de dados da ANS no período selecionado. A variável “valor total de glosa” designa o somatório dos valores glosados, definidos após análise das cobranças e dos recursos interpostos pelos prestadores. Assim, seus valores podem não corresponder à diferença entre o valor cobrado e o valor pago em procedimentos e itens assistenciais constantes de uma mesma guia; Todos os valores de glosa diferentes de zero serão considerados no cálculo do indicador, independentemente de ter havido a participação de uma operadora intermediária.

Valor, em reais, do somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais:

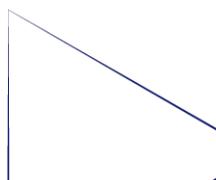
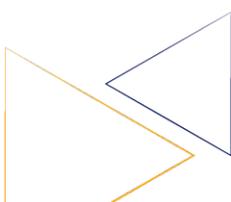
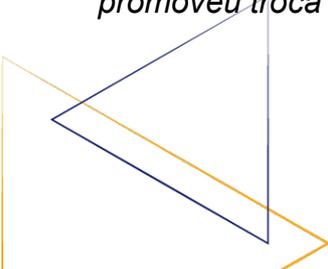
Corresponde ao somatório do conteúdo do campo 050 (“valor informado da guia”) do Componente de Conteúdo e Estrutura do Padrão TISS vigente nas guias incorporadas ao banco de dados da ANS no período selecionado. A variável “valor informado da guia” corresponde ao valor total informado pelo prestador executante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

Número de prestadores com procedimentos/itens assistenciais glosados:

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

Total de prestadores da operadora

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



Meta

Quanto menor a ocorrência de glosas, separadamente por segmento - Médico-Hospitalar, melhor a pontuação alcançada no indicador, sendo a pontuação máxima alcançada na situação de resultado do indicador inferior ao percentil 15, ou seja, quando a operadora está entre os 15% de operadoras do segmento MH ou OD que menos glosam.

Ações esperadas para causar impacto positivo no indicador

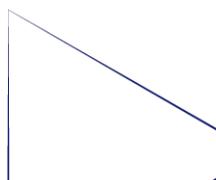
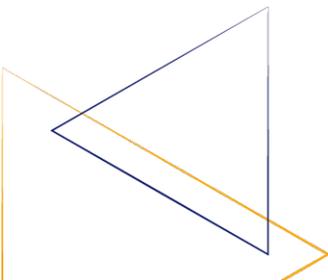
- ✓ Monitoramento pelas operadoras da proporção de glosas aplicadas e respectivos motivos;
- ✓ Orientação aos prestadores quanto aos principais motivos de glosas identificados.

Proporção de Diagnósticos Inespecíficos nos Eventos de Internação Preenchidos nas Guias TISS**Conceito**

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

Interpretação do indicador

Permite medir a qualidade do diagnóstico principal informado pelos prestadores de serviço às operadoras nos eventos de internação. Quanto mais distante de 100 for o resultado do cálculo do indicador, maior é o grau da qualidade da informação.



Definição de termos utilizados no indicador:***Número de CID inespecíficos nos eventos de internação:***

Corresponde à quantidade de eventos de internação que foram enviados à ANS e incorporados ao seu banco de dados, com o CID informado no campo diagnóstico principal que não esclarece o motivo da internação (CID inespecífico).

Número total de eventos de internação com CID:

Corresponde à quantidade total de eventos de internação incorporados ao banco de dados da ANS com o CID informado pelo prestador à operadora, no período analisado.

Meta

A meta é atingir um resultado inferior a 10% no período analisado. Entretanto, para estimular o aprimoramento do processo de troca de informações na saúde suplementar, será considerada uma meta ainda distante do desejado: 30%.

Ações esperadas para causar impacto positivo no indicador

- ✓ Aprimoramento contínuo do processo de troca de informações na saúde suplementar;*
- ✓ Uso de informações da saúde suplementar nas iniciativas de avaliação e monitoramento do desempenho e desenvolvimento do setor para regulação.*

ÍNDICE DE CAPITAL REGULATÓRIO

Conceito

Razão entre o Patrimônio Líquido Ajustado e o Capital Regulatório exigido.

Interpretação do Indicador

Este indicador propõe refletir a capacidade da operadora em honrar seus compromissos em longo prazo a partir do patrimônio constante das informações financeiras periódicas enviadas à ANS. Para apuração do indicador é realizada a comparação do Patrimônio Líquido, ajustado por efeitos econômicos previstos na regulamentação vigente, com o Capital Regulatório exigido. Sendo identificadas inconsistências na contabilidade da operadora, seu indicador não será calculado e será atribuída pontuação zero.

Definição de termos utilizados no indicador

Patrimônio Líquido Ajustado

Patrimônio Líquido (Patrimônio Social), registrado no Balanço Patrimonial da operadora e informado por meio do DIOPS, com ajustes por efeitos econômicos definidos na Resolução Normativa – RN n.º 451, de 06/03/2020.

Capital Regulatório

Maior valor entre o Capital Base (CB), a exigência de Margem de Solvência (MS) e o Capital Baseado em Riscos (CBR), este último, caso a operadora tenha optado pela antecipação do capital baseado em riscos.

Meta

A pontuação do indicador ICR da operadora deve ser igual a 1.

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

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

Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar

Conceito

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

Interpretação do indicador

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

Definição de termos utilizados no indicador

NIP assistencial

A notificação que terá como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial.

NIP não assistencial

A notificação que terá como referência outros temas que não a cobertura assistencial, desde que o beneficiário seja diretamente afetado pela conduta e a situação seja passível de intermediação.

Demandas Classificadas

São as que receberam a devida classificação e não estão mais em andamento no dispositivo NIP, as classificações NIP, utilizadas no cálculo da taxa de resolutividade são:

° **Núcleo:** *Demandas encaminhadas para abertura de processo administrativo sancionador.*



° **RVE:** *Reparação Voluntária e Eficaz: Quando da adoção pela operadora de planos privados de assistência à saúde de medidas necessárias para a solução da demanda, resultando na reparação dos prejuízos ou danos eventualmente causados e no cumprimento útil da obrigação, desde que observados os prazos definidos no art. 10 da RN nº 388 de 25/11/2015.*

° **INATIVA:** *Resolvida ou sem resposta do consumidor no prazo de 10 dias. **

° **NP:** *Demandas não procedentes.*

Meta:

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

Índice Geral de Reclamação (IGR)

Conceito

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

Interpretações do indicador

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

Definição dos termos utilizados no cálculo

Demandas Classificadas

São as que receberam a devida classificação e não estão mais em andamento no dispositivo NIP, as classificações NIP, utilizadas no cálculo do Índice Geral de Reclamação são:

° **Núcleo:** Demandas encaminhadas para abertura de processo administrativo sancionador.

° **RVE:** *Reparação Voluntária e Eficaz:* Quando da adoção pela operadora de planos privados de assistência à saúde de medidas necessárias para a solução da demanda, resultando na reparação dos prejuízos ou danos eventualmente causados e no cumprimento útil da obrigação, desde que observados os prazos definidos no art. 10 da RN nº 388 de 25/11/2015.

° **INATIVA:** Resolvida ou sem resposta do consumidor no prazo de 10 dias. *

° **NP:** Demandas não procedentes.

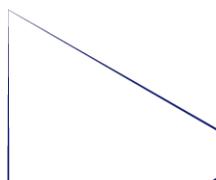
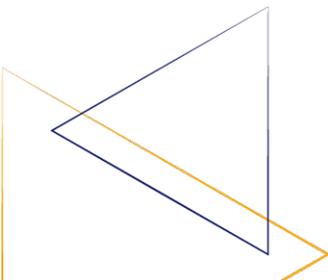
° **Média do número de beneficiários:** Calculado utilizando as datas de contratação e cancelamento (rescisão do contrato) do plano de saúde atual do beneficiário, informadas ao Sistema de Informações de Beneficiários (SIB). Este procedimento garante que todo beneficiário será computado, independentemente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

Meta

A meta para este indicador foi estipulada com base no percentil 2, aplicando o IGR para o ano de 2016. Dessa forma, a meta é de 2,12 reclamações para cada conjunto de 10.000 beneficiários.

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

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



Pesquisa de Satisfação de Beneficiário

Conceito

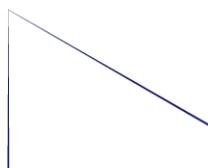
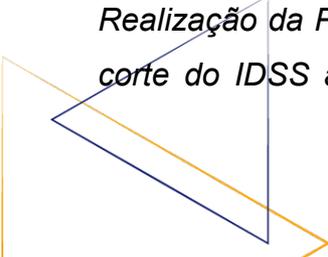
Pontuação base acrescida ao resultado do Índice de Desempenho de Sustentabilidade do Mercado (IDSM), para as Operadoras que realizarem a Pesquisa de Satisfação de Beneficiário no ano base, com divulgação dos resultados no portal eletrônico e comunicação à ANS. O documento técnico específico com os critérios técnicos e diretrizes para a execução, auditoria e divulgação da pesquisa é divulgado no portal eletrônico da ANS.

Interpretação do indicador

O objetivo da realização de uma Pesquisa de Satisfação de Beneficiários é promover a participação do beneficiário na avaliação da qualidade dos serviços oferecidos pela operadora, considerando que ele é um elemento fundamental na tríade da regulação da saúde suplementar (operadoras, beneficiários e prestadores). Isto se justifica porque o beneficiário é o destinatário final dos serviços oferecidos pela operadora e quem sofre todas as consequências decorrentes destes serviços. Com os resultados da pesquisa é possível obter informações mais próximas da realidade, para fundamentar políticas e programas de indução de qualidade formuladas pela ANS. Para a Operadora, a pesquisa pode indicar caminhos para as suas decisões de negócios e forma de atuação, visando aumentar a qualidade dos seus serviços e obter mais eficiência. A Pesquisa de Satisfação também constituirá um sistema de informações que capta a voz do beneficiário, através da avaliação da performance da Operadora a partir do ponto de vista do beneficiário. Com este indicador pretende-se valorizar as Operadoras que realizarem e divulgarem a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários garantindo 0,25 na pontuação do IDSM. Ainda, há suporte empírico para comprovar que elevados escores de satisfação dos clientes são acompanhados por uma rentabilidade acima da média. Ou seja, de uma maneira geral, alto nível de satisfação de clientes trariam retornos econômicos superiores às empresas.

Meta

Realizar a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários, encaminhar o link da divulgação dos resultados e o Termo de Responsabilidade (Anexo III do Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde) até a data de corte do IDSS avaliado para fazer jus à pontuação relativa à realização de pesquisa de



satisfação do beneficiário no IDSS do ano-base correspondente. A realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários será facultativa. As Operadoras que optarem por realizá-la deverão seguir os requisitos mínimos e diretrizes estabelecidos no documento técnico específico divulgado no portal eletrônico da ANS.

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

- ✓ A participação do beneficiário neste processo poderá trazer insumos para aprimorar a regulação e influenciar no planejamento para melhoria contínua da qualidade dos serviços, por parte das operadoras e da própria ANS;
- ✓ Uso dos resultados da pesquisa de satisfação nas suas ações de melhoria de qualidade e performance da Operadora.

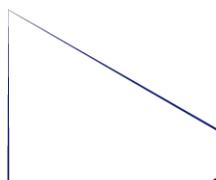
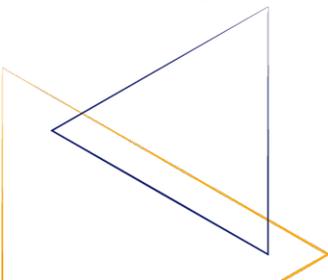
Autorização prévia anual para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários

Conceito

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

Interpretação da Pontuação Bônus

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



Índice de Reajuste Médio Ponderado aplicado aos Planos Coletivos

Conceito

Avaliar a dispersão de reajustes aplicados a contratos coletivos na carteira da operadora, e o desvio à direita em relação a um índice de reajuste de contratos coletivos (apurado via sistema de Reajustes de Planos Coletivos RPC para o ano-base).

Interpretação do indicador

A primeira parte do indicador avalia a média ponderada dos reajustes aplicados em contratos coletivos no ano-base, para indicar o quanto o índice médio da operadora é superior ao índice de referência do Sistema RPC. Mostra-se importante uma vez que visa medir a eficiência da operadora em relação ao mercado, além de, subsidiariamente, apontar uma possível subprecificação inicial dos produtos, uma vez que preços iniciais muito baixos podem ser compensados com reajustes mais altos.

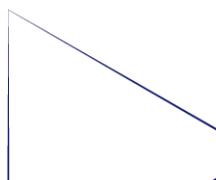
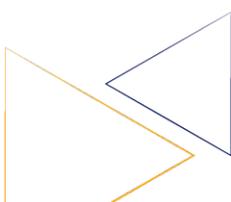
O índice de referência do sistema RPC será calculado com base na média ponderada dos reajustes dos contratos coletivos comunicados pelo mercado, com 30 vidas ou mais no primeiro ano, podendo ser alterado por outra medida estatística de tendência central que melhor reflita o comportamento do setor, a partir da análise dos resultados obtidos no indicador. A segunda parte do indicador mede o nível de dispersão dos reajustes na própria operadora, e indica o grau de mutualismo dos contratos coletivos firmados pelas operadoras no momento do reajuste, o que está em linha com as iniciativas da ANS para reajustes únicos por agrupamento de contratos. Mede, portanto, o nível de mutualismo aplicado por cada operadora, ou seja, a dispersão mede o grau de diluição dos riscos dos contratos dentro da operadora.

Definição de termos utilizados no Indicador

Média ponderada dos reajustes aplicados em contratos coletivos no ano-base

Média dos reajustes dos contratos coletivos, informados pela operadora à ANS referentes ao ano-base avaliado (início de aplicação entre jan e dez do ano-base), ponderada pelo número de beneficiários que receberam o reajuste aplicado ao contrato.

Dispersão dos Reajustes



Calculado para cada operadora com base no coeficiente de variação dos reajustes aplicados aos contratos coletivos (empresarial e adesão) para cada beneficiário, no ano-base.

Meta

A meta é atingir conjuntamente, uma Média ponderada de reajustes aplicados em planos coletivos menor ou igual ao reajuste de referência do RPC (reajuste médio ponderado dos contratos com 30 vidas ou mais) e um valor do coeficiente de variação inferior a 0,15.

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

- ✓ *Incentivo para busca de eficiência na gestão da operadora, nos aspectos operacionais, financeiros e assistenciais, que refletem nos preços e reajustes praticados.*
- 



IDGA – GARANTIA DE ACESSO:

Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário

Conceito

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

Interpretação do indicador

Este indicador estima, a partir da prevalência nacional de pacientes em tratamento dialítico que fazem tratamento por hemodiálise convencional de fonte pagadora não SUS, o número de sessões de hemodiálise crônica necessárias (esperadas), tendo em conta o número médio de beneficiários da operadora em planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado. Um valor baixo para o indicador pode sugerir situações de dificuldade de acesso às unidades de diálise, pela demora na marcação das sessões de hemodiálise crônica convencional ou, ainda, pela indisponibilidade de prestadores de serviços de saúde. Espera-se que operadoras com baixa produção de sessões de hemodiálise tenham alta utilização do SUS. Ademais, operadoras com produção suficiente de hemodiálise, e com alta utilização do SUS, possivelmente apresentam insuficiência de rede para tratamento dialítico.

Definição de termos utilizados no indicador:

Hemodiálise crônica:

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

Número de Eventos de Utilização de Hemodiálise (NUH):

Total de eventos identificados de utilização da rede do SUS para Hemodiálise por beneficiários da operadora de saúde suplementar, tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento por meio da aplicação do fator de ajuste (taxa de indeferimento dos últimos 3 anos). Serão considerados os Programa de Qualificação de Operadoras ano-base 2020 Diretoria de Desenvolvimento Setorial Agência Nacional de Saúde Suplementar



133 atendimentos dos ABIs que representam as competências lançadas no ano de 2020, ou seja, confirmando-se o cronograma de lançamento dos ABIs, serão considerados os eventos notificados nos ABIs 80º, 81º, 82º, 83º, e 84º. O numerador NUH terá dois componentes, sendo um deles referente aos atendimentos de hemodiálise não impugnados dos ABIs acima mencionados, os quais serão considerados em sua integralidade, e o outro referente aos atendimentos de hemodiálise impugnados, sendo que para estes últimos serão aplicados um fator de ajuste (FA_{2020}), correspondente ao tratamento com estimativa baseada no histórico de ressarcimento. Sendo assim:

$$NUH_{2020} = \text{fatendimentos de hemodiálise não impugnados} + (\text{fatendimentos de hemodiálise impugnados} \times FA_{2020})$$

Onde:

- NUH_{2020} é número total de eventos de hemodiálise identificados em 2020 de utilização da rede do SUS por beneficiários da operadora de saúde suplementar, tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento;
- *fatendimentos de hemodiálise não impugnados* é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos de hemodiálise realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados em 2020 e que não foram impugnados pelas operadoras de planos de saúde;
- *fatendimentos de hemodiálise impugnados* é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos de hemodiálise realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados em 2020 e que foram impugnados pelas operadoras de planos de saúde;
- FA_{2020} é o fator de ajuste que será aplicado sobre a quantidade total de atendimentos lançados no ano de 2020 e que foram impugnados pelas operadoras. Este fator de ajuste será calculado pela média da taxa de indeferimento dos ABIs lançados nos anos 2017, 2018 e 2019;

Estimativa de utilização de hemodiálise no SUS:

Como espera-se que parte dos eventos de hemodiálise avisados em 2020 sejam indeferidos quando analisados, será realizada uma estimativa a partir da série histórica dos três anos mais recentes disponíveis da taxa de indeferimento por operadora.

A utilização de três anos é estatisticamente suficiente para a identificação de um padrão de comportamento da operadora necessária para o cálculo da estimativa. A cada novo ano-base será calculada nova estimativa de indeferimentos por operadora considerando os anos mais recentes, desse modo contemplando a eventual mudança de padrão da operadora.

A estimativa dos indeferimentos é realizada utilizando-se a média aritmética dos percentuais de indeferimentos dos três anos anteriores ao ano-base. Sendo assim, para o ano-base de 2020, a estimativa de indeferimentos irá considerar as taxas de indeferimento dos ABIs lançados nos anos de 2017 (ABI 59°, 61°, 63° e 65°), 2018 (ABI 67°, 69°, 71° e 73°) e 2019 (74°, 75°, 76°, 77°, 78° e 79°) conforme apresentado a seguir:

$$FA_{2020} = \frac{\text{Taxa Indef}_{2017} + \text{Taxa Indef}_{2018} + \text{Taxa Indef}_{2019}}{3}$$

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

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

Onde:

- *Taxa Indef_x* é taxa de indeferimento dos atendimentos lançados no ano *x*, considerando apenas àqueles com decisão definitiva realizada até o momento de apuração do resultado do programa;

- *f_{atendimentos lançados no ano x e indeferidos em 1ª inst.}* é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano *X* e que foram julgados como indeferidos em 1ª instância, sem recurso, considerando apenas as decisões já notificadas às operadoras até o momento de apuração do resultado do programa;

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

- *fatendimentos lançados no ano x e analisados em 1ª inst.* é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram analisados em 1ª instância, sem recurso, julgados como deferidos ou indeferidos, considerando apenas as decisões já notificadas às operadoras até o momento de apuração do resultado do programa;

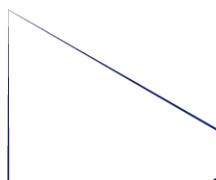
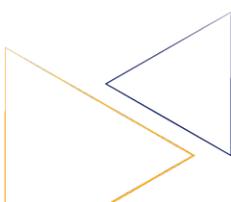
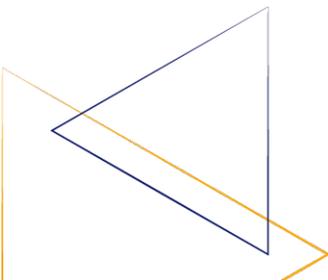
- *fatendimentos lançados no ano x e analisados em 2ª inst.* é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram analisados em 2ª instância até o momento de apuração do resultado do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

Média de Beneficiários em planos que incluem a segmentação ambulatorial (Benef):

Média de Beneficiários de planos que incluem a cobertura ambulatorial – prestação de serviços de saúde que compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, podendo ou não oferecer outras coberturas. Para o cálculo do Resultado do Indicador via TISS, Benef será calculado no período do ano-base avaliado (2020), de acordo com os dados do SIB. Para o cálculo da Taxa de Utilização do SUS, o cálculo da média de beneficiários (Benef) deverá utilizar as competências dos ABIs lançados em 2020. Portanto, confirmando-se o cronograma de lançamento dos ABIs para 2019, serão considerados os ABIs 80º, 81º, 82º, 83º, e 84º. Com isso, no denominador da fórmula (Benef) será calculada a média dos beneficiários por operadora nas competências de 04/2018 a 03/2019.

Meta

Apresentar um número de sessões de hemodiálise crônica superior a 0,062 sessões por beneficiário por ano, ou seja, cerca de 80% do valor esperado de 0,077 sessões por beneficiário por ano, e apresentar utilização do SUS próxima de zero. Para fins deste indicador, considerou-se como alta utilização do SUS uma taxa de utilização estimada acima de 0,006663 ao ano.





Ações esperadas

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

Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos

Conceito

Número de consultas ambulatoriais com generalista em relação à média de beneficiário na faixa etária de 60 anos ou mais no período considerado.

Interpretação do Indicador

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

As definições para o indicador são:

Consultas com Generalista para Idosos

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

Consultas com Clínica Médica

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

Consultas em Geriatria

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



Consultas em Medicina de Família e Comunidade

Consultas na especialidade médica voltada para a provisão contínua e integrada de cuidados primários de saúde para toda a família.

Consultas com Generalista

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

Meta

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

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

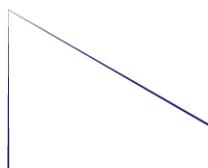
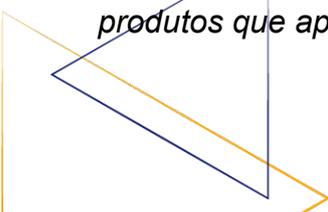
- ✓ *Identificar as necessidades de saúde dos idosos e adotar estratégias para a captação e aumento da cobertura assistencial básica específica para este ciclo de vida, assim como, das estratégias de prevenção de riscos e doenças;*
- ✓ *Divulgar os indicadores e metas estabelecidas para as operadoras junto aos prestadores de serviço;*
- ✓ *Pactuar e sensibilizar os prestadores sobre a importância do processo de qualificação da assistência básica;*
- ✓ *Construir um sistema de informações que permita a identificação do perfil epidemiológico (demográfico, de morbidade, de utilização, entre outros) da população beneficiária.*

Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24

Horas

Conceito

O indicador analisa de forma combinada a dispersão e a utilização dos serviços de urgência e emergência que compõem a rede da operadora. A Dispersão de Serviços de Urgência e Emergência representa a proporção de municípios listados na área de atuação dos produtos que apresentam disponibilidade de serviços de urgência e emergência na rede assistencial da operadora, em relação aos municípios listados na área de atuação dos produtos que apresentam previsão de cobertura de serviços de urgência e emergência.



A Utilização de Prestadores de Urgência/Emergência que compõem a Rede da Operadora representa a proporção de estabelecimentos de urgência/emergência cadastrados na rede assistencial dos planos na área de atuação dos produtos, dentre aqueles estabelecimentos de urgência/emergência na área de atuação dos produtos que foram efetivamente utilizados pelos beneficiários da operadora.

Interpretação do indicador

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

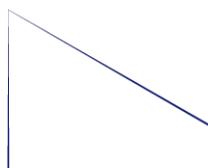
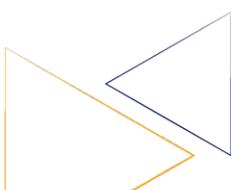
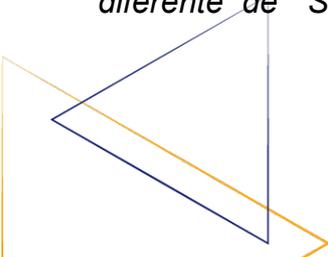
Definição de termos utilizados no indicador:

Área de Atuação dos Produtos

Especificação dos municípios ou UF, nos quais a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas assistenciais, de acordo com a Área de Abrangência Geográfica registrada no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS, conforme definido no anexo II da RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações. A Área de Atuação corresponderá ao conjunto de municípios de todos os produtos da operadora válidos para o cálculo do indicador. Para os produtos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF.

Municípios com Disponibilidade de Serviços de Urgência e Emergência

Quantidade de municípios indicados na área de atuação dos produtos com disponibilidade de serviços de urgência e emergência informados na rede assistencial da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS. Serão considerados para a quantificação dos municípios os estabelecimentos classificados no CNES na seção Atendimentos Prestados, Tipos de Atendimento "Urgência", que possuam ao menos um convênio diferente de "SUS". Os estabelecimentos classificados no CNES no campo "Natureza



Jurídica”, conforme tabela abaixo, não serão considerados para a quantificação dos municípios.

Municípios com Previsão de Cobertura Assistencial de Urgência/Emergência

Quantidade de municípios indicados na área de atuação dos produtos com disponibilidade de serviços de urgência e emergência segundo informação contida no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS. No cálculo do denominador serão considerados apenas os municípios que apresentam disponibilidade de serviços de urgência e emergência não exclusivos do Sistema Único de Saúde - SUS, segundo a informação contida no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS. Destacamos que também serão considerados como válidos os prestadores identificados na Tabela de Prestadores Ativos do CNES com o motivo de desativação preenchido.

Disponibilidade de Serviços de Urgência e Emergência

A disponibilidade de serviços de urgência e emergência será verificada a partir da informação do CNES. A ANS disponibiliza, no espaço operadoras, na divulgação dos resultados preliminares, planilha contendo a relação de prestadores cadastrados no CNES (utilizado na data de corte do IDSS) onde constam as informações para a verificação da dispersão de rede.

Estabelecimentos de urgência/emergência cadastrados na rede assistencial dos planos da operadora

Prestadores identificados como de urgência/emergência localizados na área de atuação dos produtos, cadastrados na rede da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS.

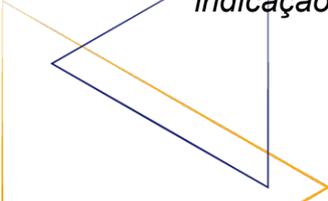
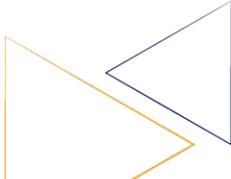
Estabelecimentos de urgência/emergência utilizados pelos beneficiários da operadora

Prestadores identificados como de urgência/emergência, segundo os mesmos critérios adotados pela parte de “dispersão” quanto ao CNES, localizados na área de atuação dos produtos conforme Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS e informados no Sistema de Troca de Informações na Saúde Suplementar - TISS em decorrência da sua utilização pelos beneficiários da operadora. Serão considerados, inclusive,



estabelecimentos que não estejam vinculados à rede assistencial da própria operadora, em atendimento às disposições da RN 259/2011. Serão considerados como prestadores de urgência/emergência aqueles que apresentem atendimentos com “Tipo de Guia 2 - SP/SADT não vinculado a internação” e “Caráter de Atendimento - urgência/emergência” ou “Tipo de Guia 3 - Resumo de internação” e “Caráter de Atendimento - urgência/emergência”. Os atendimentos com “Origem de Guia 4 – Reembolso”, “Tipo de Guia 2 - SP/SADT não vinculado a internação” e “Caráter de Atendimento - urgência/emergência”, serão considerados quando NÃO houver indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para exames complementares e/ou terapias e/ou atendimento ambulatorial e/ou procedimentos não pertencentes ao Rol Médico-Hospitalar no plano no Sistema de Registro de Produtos - RPS. Os atendimentos com “Origem de Guia 4 – Reembolso”, “Tipo de Guia 3 - Resumo de internação” e “Caráter de Atendimento - urgência/emergência”, serão considerados quando NÃO houver indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para internação no plano no Sistema de Registro de Produtos - RPS. Serão consideradas as informações de todos os prestadores de urgência/emergência que compuseram a rede assistencial da operadora utilizada e/ou cadastrada no período de 12 meses do ano base. O cruzamento das informações levará em consideração o número do CNPJ do prestador.

Critérios de Exclusão

- ✓ *Este indicador não se aplica aos planos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, pois estes não possuem a informação da área de atuação;*
 - ✓ *Serão desconsiderados os produtos que operam exclusivamente como livre escolha de prestadores;*
 - ✓ *Serão desconsiderados os produtos de segmentação assistencial “Odontológico”, exclusivamente;*
 - ✓ *As operadoras exclusivamente odontológicas e aquelas que operam exclusivamente pelo sistema de livre escolha, não terão avaliação neste indicador;*
 - ✓ *Na parcela de “utilização” do método de cálculo, serão desconsiderados como prestadores de urgência e emergência aqueles que apresentem todos os atendimentos:*
 - a) *“Tipo de Guia 2 - SP/SADT não vinculado a internação” e “Caráter de Atendimento - urgência/emergência” e “Origem de Guia 4 – Reembolso”, desde que haja indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para exames complementares*
- 
- 
- 

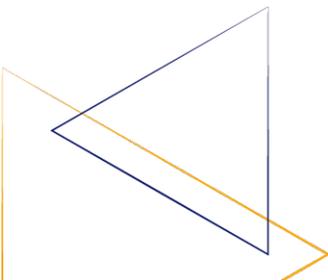
e/ou terapias e/ou atendimento ambulatorial e/ou procedimentos não pertencentes ao Rol Médico-Hospitalar no plano no Sistema de Registro de Produtos; e/ou

b) “Tipo de Guia 3 - Resumo de internação” e “Caráter de Atendimento - urgência/emergência” e “Origem de Guia 4 – Reembolso”, desde que haja indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para internação no plano no Sistema de Registro de Produtos.

Meta

Apresentar serviços de urgência e emergência em 100% dos municípios com previsão de cobertura assistencial. Atingir 100% dos atendimentos de urgência/emergência em prestadores cadastrados na rede da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS.

Ações esperadas

- ✓ Estruturar a rede de prestadores de serviços de saúde de forma que a distribuição de serviços de urgência e emergência seja compatível com a área de atuação do produto.,*
 - ✓ Estruturar a rede de prestadores de serviços de saúde de forma que os prestadores de urgência/emergência nos quais a operadora oferece atendimento aos seus beneficiários sejam, de fato, aqueles cadastrados no Sistema RPS da ANS.*
 - ✓ Melhorar a qualidade de informação da rede de prestadores de serviços de saúde de urgência/emergência no RPS.*
 - ✓ Melhorar a qualidade de informação da rede de prestadores de serviços de saúde no CNES.*
 - ✓ Aumentar o número de prestadores de serviços de saúde com registro no CNES.*
- 
- 
- 

Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Atributo de Qualidade

Conceito

Mostra a proporção de utilização pelos beneficiários da operadora, de rede de hospitais com Atributo de Qualidade, conforme o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, nos termos da Resolução Normativa 405/2016, comparativamente ao total de utilização da rede da operadora. A rede avaliada é a hospitalar. Os atributos de qualidade são os definidos no Anexo V da RN 405/2016, conferidos e/ou informados por Entidades participantes do QUALISS. Serão considerados para cálculo deste indicador os seguintes atributos de qualidade que estiverem disponíveis em 31 de dezembro do ano-base do IDSS avaliado:

Interpretação do indicador

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

Definição de termos utilizados no indicador:

Total de Utilização de rede de Hospitais com atributo de qualidade

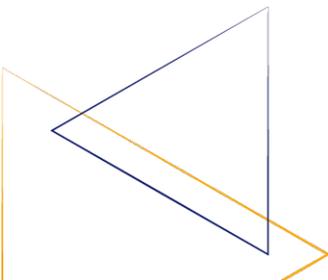
É a soma do número de guias TISS dos prestadores elencados no quadro 1 e que possuam os respectivos atributos de qualidade.

Total de Utilização de rede de Hospitais

É a soma do número de guias TISS de todos os prestadores hospitalares.

Meta

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





Ações esperadas

- ✓ *Aumento do número de hospitais com atributos de qualidade na rede assistencial operadora.*

Frequência de Utilização de Rede de SADT com Atributo de Qualidade

Conceito

Mostra a proporção de utilização pelos beneficiários da operadora, de rede com Atributo de Qualidade, conforme o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, nos termos da Resolução Normativa 405/2016, comparativamente ao total de utilização da rede da operadora. As redes avaliadas são a rede de serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento (SADT). Os atributos de qualidade são os definidos no Anexo V da RN 405/2016, conferidos e/ou informados por Entidades participantes do QUALISS. Serão considerados para cálculo deste indicador os seguintes atributos de qualidade que estiverem disponíveis em 31 de dezembro do ano-base do IDSS avaliado.

Interpretação do indicador

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

Definição de termos utilizados no indicador:

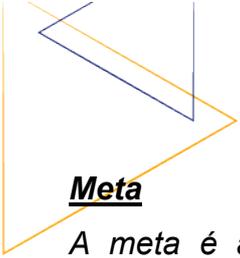
Total de Utilização de rede de SADT com atributo de qualidade

É a soma do número de guias TISS dos prestadores elencados no quadro 1 e que possuam os respectivos atributos de qualidade.

Total de Utilização de rede de SADT

É a soma do número de guias TISS de todos os prestadores de SADT.





Meta

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

Ações esperadas

- ✓ Aumento do número de serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento com atributos de qualidade na rede assistencial operadora.

Índice de efetiva comercialização de planos individuais

Conceito

Crescimento de beneficiários titulares na carteira de planos individuais regulamentados.

Interpretação do indicador

Permite medir a efetiva oferta de planos individuais para potenciais beneficiários, por meio do ingresso líquido de beneficiários titulares.

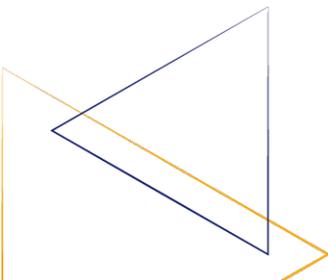
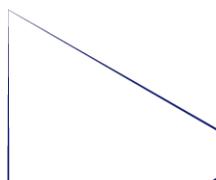
Definição de termos utilizados no indicador:

Nº Beneficiários titulares em planos individuais

Média do número de beneficiários titulares em planos individuais regulamentados no ano-base avaliado (ano) e no ano-base anterior (ano-1).

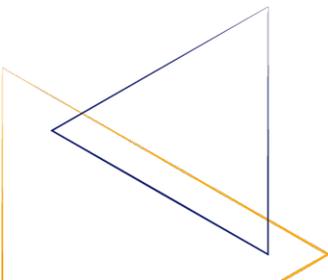
Meta

A meta é atingir um crescimento da Carteira de beneficiários titulares em planos individuais regulamentados de:

- Para operadoras exclusivamente médico-hospitalares: 1,5% a.a..
 - Para operadoras exclusivamente odontológicas: 4,0% a.a..
- 
- 
- 

Para operadoras médico-hospitalares que atuam no setor odontológico: atingir uma das metas indicadas, de acordo com a carteira MH ou OD. O bônus final será uma ponderação entre o número de beneficiários MH (peso 2) e OD (peso 1) pelos percentuais obtidos.

Ações esperadas

- ✓ *Aprimoramento contínuo do processo de troca de informações na saúde suplementar;*
 - ✓ *Uso de informações da saúde suplementar nas iniciativas de avaliação e monitoramento do desempenho e desenvolvimento do setor para regulação.*
- 
- 
- 