



## FICHA TÉCNICA DE INDICADORES DE QUALIDADE

### Ficha Técnica INDICADORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS 2018

Junho/2017  
Gerência Executiva de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial  
GEEIQ/DIDES/ANS



Prezado Colega, bom dia

O SindLab – Sindicato dos Laboratórios de Minas Gerais comunica que a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar disponibilizou a Ficha Técnica de Indicadores de Qualificação

### Ficha técnica

A ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar disponibilizou em seu site na internet a publicação com a Ficha Técnica: Indicadores do Programa de Qualificação de Operadoras 2018.

Para o setor laboratorial foram disponibilizados pela ANS as Fichas Técnicas dos Indicadores:

1 – Taxa de Citopatologia cérvico-vaginal oncótica

2 – Taxa de exames de Hemoglobina glicadas

Também incluem os indicadores de Índice Geral de Reclamação, Pesquisa de satisfação de beneficiário e Proporção de glosas de pagamentos a prestadores de serviços de saúde.

## ANEXO II

### FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS 2018 ANO-BASE 2017

#### SUMÁRIO

Programa de Operadora Acreditada (PONTUAÇÃO BASE DE 0,15, A 0,09).....	4
<b>1. INDICADORES DA DIMENSÃO QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE -IDQS . 6</b>	
1.1. Proporção de Parto Cesáreo (PESO 3).....	6
1.2. Taxa de Consultas de Prè-Natal (PESO 2).....	14
1.3. Taxa de Citopatologia Cérvico - Vaginal Oncótica (PESO 2).....	18
1.4. Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos ..... (PESO 2).....	27
1.5. Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos - (PESO 3).....	33
1.6. Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 Anos (PESO 2).....	39
1.7. Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada (PESO 3).....	43
1.8. Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Cárie (PESO 2).....	49
1.9. Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Periodontia (PESO 2) .. .....	56
1.10. Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (BÔNUS de 10% ou 15%).....	63
1.11. Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS (PONTUAÇÃO BASE de 0,15).....	66
<b>2. INDICADORES DA DIMENSÃO GARANTIA DE ACESSO – IDGA.....69</b>	
2.1 Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário (PESO 1).....	69
2.2 Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos (PESO 2) 76	
2.3 Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas (PESO 1).....	81
2.4 Taxa de Primeira Consulta ao Dentista por Beneficiário por ano (PESO 1).....	89
2.5 Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica (PESO 1) ....	97
2.6 Frequência de Utilização de Rede de Hospitais, SADT e Consultórios com Atributo de Qualidade (PESO 1).....	105

### 1.3. Taxa de Citopatologia Cérvico - Vaginal Oncótica (PESO 2)

#### Nomenclatura Simplificada

##### *Preventivo de Câncer de Colo do Útero*

#### 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.

#### Método de cálculo

Número total do primeiro procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncótica realizado no período considerado em beneficiárias univocamente identificadas de 25 a 64 anos	x 100
Média de beneficiárias na faixa etária de 25 a 64 anos	

#### 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.

##### **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

### 1.7. Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada (PESO 3)

#### Nomenclatura Simplificada

#### *Cuidado ao Diabético*

#### 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.

#### Método de Cálculo

Somatório a partir do segundo exame de hemoglobina glicada realizado pelo beneficiário univocamente identificado, com idade  $\geq 19$  anos e  $\leq 75$  anos, realizados em regime ambulatorial, no período considerado

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

#### 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.

### 3.3 Índice Geral de Reclamação (IGR) – (PESO 1)

#### Nomenclatura Simplificada

##### *Reclamações Gerais do Cliente*

##### **Conceito**

Número médio de reclamações de beneficiários de planos privados de saúde, que recorreram à ANS, no período dos doze meses do ano base. O índice é apresentado tendo como referência cada 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.

##### **Método de cálculo**

Total de Demandas NIP Classificadas: (RVE, INATIVA, NÚCLEO e NP)	x 10.000
Média do número de beneficiários dos doze meses do ano base	

##### **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:

- o **Núcleo:** Demandas encaminhadas para abertura de processo administrativo sancionador.
- o **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. 10º da RN nº 388 de 25/11/2015.
- o **INATIVA** - Resolvida ou sem resposta do consumidor no prazo de 10 dias\*.

### **3.5 Pesquisa de Satisfação de Beneficiário (PONTUAÇÃO BASE 0,25)**

#### **Nomenclatura Simplificada**

##### ***Satisfação do Cliente/Paciente***

##### **Conceito**

Pontuação base acrescida ao resultado do Índice de Desempenho de Sustentabilidade do Mercado (IDSM), para as Operadoras que realizarem a Pesquisa de Satisfação de Beneficiário no ano base, com divulgação dos resultados no portal eletrônico e comunicação à ANS.

Será divulgado no portal eletrônico da ANS, o documento técnico específico com os critérios técnicos e diretrizes para a execução, auditoria e divulgação da pesquisa.

##### **Método de cálculo**

- a) Para as Operadoras que realizarem e divulgarem a pesquisa, conforme os critérios definidos e divulgados pela ANS, até o final do ano base:

$$(PONTUAÇÃO\ BASE + IDSM) \leq 1$$

Onde:

Pontuação Base = 0,25 (referente à realização, divulgação no portal eletrônico e comunicação da pesquisa à ANS)

IDSM = Média ponderada dos índices de desempenho dos indicadores da dimensão, calculada através da seguinte fórmula:

$$IDSM = \frac{\sum_{i=1}^n ID_i \cdot P_i}{\sum_{i=1}^n P_i}$$

Onde:

n = quantidade de índices na dimensão

ID<sub>i</sub> = Índice de Desempenho do Indicador i=1, 2, 3... n

P<sub>i</sub> = Peso do Indicador i

#### 4.4 Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde (PESO 1)

##### Nomenclatura Simplificada

##### *Relacionamento do Plano de Saúde com Hospitais, Laboratórios e Profissionais de Saúde*

##### Conceito

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

##### Método de cálculo

$0,75 \times \frac{\text{Valor, em R\$, do somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais}}{\text{Valor, em R\$, do somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais}} + 0,25 \times \frac{\text{Números de prestadores com procedimentos e itens assistenciais glosados}}{\text{Total de prestadores da Operadora com troca de informação no mesmo período}}$
--

##### Definição de termos utilizados no indicador

**Valor, em reais, do somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais** - corresponde ao somatório do conteúdo do campo 058 ("valor total de glosa") do Componente de Conteúdo e Estrutura do Padrão TISS vigente nas guias incorporadas ao banco de dados da ANS no período selecionado. A variável "valor total de glosa" designa o somatório dos valores glosados, definidos após análise das cobranças e dos recursos interpostos pelos prestadores. Assim, seus valores podem não corresponder à diferença entre o valor cobrado e o valor pago em procedimentos e itens assistenciais constantes de uma mesma guia.

**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

A íntegra do documento está disponível no SindLab – Sindicato dos Laboratórios de Minas Gerais e pode ser solicitada pelo (31)3213 2738 ou pelo [secretaria@sindlab.org.br](mailto:secretaria@sindlab.org.br).

Atenciosamente,

**Humberto Marques Tibúrcio**

SindLab

Presidente

**Eu fiz minha parte! ®**