

## ANEXO - Detalhamento das Atualizações das Fichas Técnicas dos Indicadores do IDSS ano-base 2017 (DE-PARA)

### Indicador 1.1 – Proporção de Parto Cesáreo

<b>De:</b>	<b>Para:</b>
Nomenclatura Simplificada: Parto Adequado	Nomenclatura Simplificada: Estímulo ao Parto Normal
<b>De:</b>	<b>Para:</b>
<p><b>Método de Cálculo</b></p> <p><b>Pontuação = 0:</b> Redução ≤5% ou proporção de parto cesáreo ≥80%</p> <p><b>Pontuação: 0 &lt; V &lt; 1:</b> Redução &gt; 5% e &lt; 10% e proporção de parto cesáreo &gt; 45% e &lt; 80%</p> <p><math>V = ((5% &lt; \text{Redução} &lt; 10\%) - 5) / 5</math></p>	<p><b>Método de Cálculo</b> Observação: será observado também a redução da proporção de parto Cesáreo do ano-base em relação ao ano anterior:</p> <p><math>\text{Redução} = ((P_{\text{ano-1}} - P_{\text{ano}}) / P_{\text{ano-1}} \times 100)</math>, sendo <math>P_{\text{ano}}</math> = Proporção de parto cesáreo no ano-base</p> <p><b>Pontuação = 0:</b> Redução ≤5% e proporção de parto cesáreo ≥80%</p> <p><b>Pontuação: 0 &lt; V &lt; 1:</b> 5% &lt; Redução &lt; 10% ou 45% &lt; proporção de parto cesáreo &lt; 80%</p> <p><math>V_{\text{redução}} = ((5\% &lt; \text{Redução} &lt; 10\%) - 5) / 5</math> <math>V_{\text{proporção}} = 1 - ((45\% &lt; \text{Redução} &lt; 80\%) - 45) / 35</math></p> <p>A pontuação será sempre a maior nota entre Redução e Proporção.</p> <p>Observação: caso a operadora não tenha tido a proporção de partos cesáreos calculada no ano-base anterior, (<math>V_{\text{redução}}</math>) não será considerado na pontuação.</p>

### Indicador 1.2 – Taxa de Consultas de Pré-Natal

<b>De:</b>	<b>Para:</b>
Denominador: Total de partos em beneficiárias no ano-base	Denominador: Total de partos em beneficiárias, univocamente identificadas, em planos que contenham segmentação “ambulatorial e hospitalar com obstetrícia” no ano-base
<b>De:</b>	<b>Para:</b>
<del>O indicador não se aplica a operadoras com menos de 100 partos no ano-base.</del>	Exclusão deste critério de aplicabilidade do indicador.

### Indicador 1.3 – Taxa de Citopatologia Cérvico-Vaginal Oncótica

<b>De:</b>	<b>Para:</b>
Denominador: Média de beneficiárias na faixa etária de 25 a 64 anos	Denominador: Média de beneficiárias em planos que contenham segmentação ambulatorial na faixa etária de 25 a 64 anos

### Indicador 1.4 – Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos

<b>De:</b>	<b>Para:</b>																					
Denominador: Média de beneficiários com 60 anos ou mais de idade	Denominador: Média de beneficiários em planos que contenham segmentação hospitalar com 60 anos ou mais de idade																					
<b>De:</b>	<b>Para:</b>																					
A meta é atingir um valor menor ou igual a 1,50 para as operadoras de pequeno porte, 1,78 para as operadoras de médio porte e 1,86 para as operadoras de grande porte, no período considerado (redução de 20% da média da taxa para o período 2012-2015).	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).																					
<b>De:</b>	<b>Para:</b>																					
<table border="1"> <tr><td>30725127</td></tr> <tr><td>30725135</td></tr> <tr><td>30725160</td></tr> <tr><td>30725100</td></tr> <tr><td>30725119</td></tr> <tr><td>30725194</td></tr> <tr><td>30724058</td></tr> <tr><td>30724066</td></tr> <tr><td>30724074</td></tr> <tr><td>30724082</td></tr> </table>	30725127	30725135	30725160	30725100	30725119	30725194	30724058	30724066	30724074	30724082	<table border="1"> <tr><td>30725127</td></tr> <tr><td>30725135</td></tr> <tr><td>30725160</td></tr> <tr><td>30725100</td></tr> <tr><td>30725119</td></tr> <tr><td>30725194</td></tr> <tr><td>30724171</td></tr> <tr><td>30724180</td></tr> <tr><td>30725062</td></tr> <tr><td>30725070</td></tr> <tr><td>30725097</td></tr> </table>	30725127	30725135	30725160	30725100	30725119	30725194	30724171	30724180	30725062	30725070	30725097
30725127																						
30725135																						
30725160																						
30725100																						
30725119																						
30725194																						
30724058																						
30724066																						
30724074																						
30724082																						
30725127																						
30725135																						
30725160																						
30725100																						
30725119																						
30725194																						
30724171																						
30724180																						
30725062																						
30725070																						
30725097																						

### Indicador 1.6 – Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 Anos

<b>De:</b>	<b>Para:</b>
Pontuação: em avaliação	Pontuação:
V = Resultado da Fórmula	$V = ((0,1 < \text{Resultado} < 0,95) - 0,1) / 0,85$

### Indicador 1.7 – Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada

De:	Para:
Fonte dos Dados Numerador: Códigos TUSS <del>nos tipos de atendimento = 05 (Exame Ambulatorial)</del> nas guias de SP/SADT (não vinculadas à internação), 40302075 (Hemoglobina glicada - A1 total - pesquisa e/ou dosagem) ou 40302733 (Hemoglobina glicada - Fração A1c - pesquisa e/ou dosagem), para beneficiários univocamente identificados pelo número CNS, com idade entre 19 e 75 anos (inclusive) na data de realização do exame. (soma a partir do 2º exame)	Fonte dos Dados Numerador: Códigos TUSS nas guias de SP/SADT (não vinculadas à internação), 40302075 (Hemoglobina glicada - A1 total - pesquisa e/ou dosagem) ou 40302733 (Hemoglobina glicada - Fração A1c - pesquisa e/ou dosagem), para beneficiários univocamente identificados pelo número CNS, com idade entre 19 e 75 anos (inclusive) na data de realização do exame. (soma a partir do 2º exame)

### Indicador 1.8 – Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – Cárie

De:	Para:
Meta A meta é atingir um resultado igual ou superior a 80% da mediana do setor (MS), por porte.	Meta A meta é atingir um resultado igual ou superior a 80% da mediana do setor (MS), por porte e grupo da operadora (MH ou OD).
De:	Para:
Fonte de Dados (...)	Fonte de Dados (...) Observação: a contagem dos códigos TUSS, no numerador e no denominador, considerará também as quantidades informadas nas guias de tratamento odontológico.

### Indicador 1.9 – Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – Periodontia

De:	Para:
Método de Cálculo: (Número de procedimentos preventivos em periodontia no período de análise / Total de procedimentos odontológicos realizados no período de análise) x 100	Método de Cálculo: (Número de procedimentos preventivos em periodontia realizados em beneficiários com 12 anos ou mais no período de análise / Total de procedimentos odontológicos realizados no período de análise) x 100

<b>De:</b>	<b>Para:</b>
Meta A meta é atingir um resultado igual ou superior a 80% da mediana do setor (MS), por porte.	Meta A meta é atingir um resultado igual ou superior a 80% da mediana do setor (MS), por porte e grupo da operadora (MH ou OD).
<b>De:</b>	<b>Para:</b>
Fonte de Dados (...)	Fonte de Dados (...) Observação: a contagem dos códigos TUSS, no numerador e no denominador, considerará também as quantidades informadas nas guias de tratamento odontológico.

### Indicador 2.1 – Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário – Periodontia

<b>De:</b>	<b>Para:</b>
Hemodiálise crônica- Terapia para a purificação insuficiente do sangue pelos rins, baseado na hemodiálise, devendo ser excluídas as sessões de hemodiálise diária (>4x/semana) e de diálise peritoneal.	Hemodiálise crônica- Terapia para a purificação insuficiente do sangue pelos rins, baseado na hemodiálise, devendo ser excluídas as sessões de diálise peritoneal.
<b>De:</b>	<b>Para:</b>
Fonte de Dados TISS APAC - DATASUS SGR - Sistema Geral do Ressarcimento SCI - Sistema de Controle de Impugnações	Fonte de Dados TISS SGR - Sistema de Gestão do Ressarcimento SCI - Sistema de Controle de Impugnações SIB - Sistema de Informações de Beneficiários

### Indicador 2.3 - Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas

<b>De:</b>	<b>Para:</b>
Critérios de Exclusão – (...) Na parcela de “utilização” do método de cálculo, serão desconsiderados como prestadores hospitalares aqueles que apresentem todos os atendimentos com “Tipo de Guia 2 - SP/SADT não vinculado a internação” e/ou “Tipo de Guia 3 - Resumo de internação”, com caráter de atendimento	Critérios de Exclusão – (...) Na parcela de “utilização” do método de cálculo, serão desconsiderados como prestadores de urgência e emergência aqueles que apresentem todos os atendimentos com “Tipo de Guia 2 - SP/SADT não vinculado a internação” e “Caráter de Atendimento - eletivo”; e/ou “Tipo de Guia 3 - Resumo de internação” e “Caráter de Atendimento - eletivo” e “Origem de Guia 4 – Reembolso”, desde que haja indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para internação e/ou exames complementares e/ou terapias e/ou atendimento ambulatorial e/ou procedimentos não pertencentes ao Rol Médico-Hospitalar

<p>“urgência/emergência” e “Origem de Guia 4 – Reembolso”, desde que haja indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para internação e/ou exames complementares e/ou terapias e/ou atendimento ambulatorial e/ou procedimentos não pertencentes ao Rol Médico-Hospitalar no Sistema de Registro de Produtos.</p>	<p>no Sistema de Registro de Produtos.</p>
--	--

**Indicador 2.4 - - Taxa de Primeira Consulta ao Dentista por Beneficiário por ano**

De:	Para:
<p><b>Conceito</b> Primeira consulta odontológica <del>inicial</del> por beneficiário da operadora no período considerado, indicando o acesso ao tratamento odontológico.</p> <p><b>Definição de termos utilizados no indicador</b> <del>Primeira consulta ao dentista no ano - Primeira consulta odontológica realizada no ano pelo beneficiário, destinada à elaboração do plano de tratamento, incluindo exame clínico, anamnese, preenchimento de ficha clínica odontológica, diagnóstico das doenças/anomalias bucais do paciente e prognóstico (primeira consulta odontológica inicial).</del></p> <p><b>Beneficiário univocamente identificado</b> - Por meio do Cartão Nacional de Saúde – CNS é possível identificar cada beneficiário de forma unívoca. A identificação do beneficiário objetiva marcar a primeira consulta ao dentista no ano <del>(consulta odontológica inicial)</del>, usando o CNS para não haver repetição.</p>	<p><b>Conceito</b> Primeira consulta odontológica por beneficiário da operadora no período considerado, indicando o acesso ao tratamento odontológico.</p> <p><b>Definição de termos utilizados no indicador</b> <b>Primeira consulta ao dentista no ano</b> - Primeira consulta odontológica realizada no ano pelo beneficiário.</p> <p><b>Beneficiário univocamente identificado</b> - Por meio do Cartão Nacional de Saúde – CNS é possível identificar cada beneficiário de forma unívoca. A identificação do beneficiário objetiva marcar a primeira consulta ao dentista no ano, usando o CNS para não haver repetição.</p>

<p><b>Interpretação do indicador</b>  Estima o acesso da população exposta à assistência odontológica individual, <del>visando à execução de um plano preventivo-terapêutico estabelecido a partir de uma avaliação/exame clínico.</del></p> <p><b>Usos</b>  Avaliar a evolução da realização de consultas odontológicas <b>iniciais</b> visando à prevenção das doenças bucais, à avaliação dos fatores de risco individuais, à realização de diagnóstico precoce com redução das sequelas e limitação dos danos, levando em consideração o ciclo de vida e/ou a condição de saúde do beneficiário.</p> <p><b>Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações</b>  Considerando a relevância da <b>intervenção profissional</b>, a Portaria 1.101/2002 do Ministério da Saúde indica que sejam realizados de 0,5 a 2 atendimentos odontológicos por habitante/ano, contabilizando tanto a consulta inicial quanto os procedimentos básicos. <del>Propõe-se, dessa forma, para o setor de saúde suplementar, o parâmetro mínimo estabelecido pela Portaria, visto que não há possibilidade de distinguir os beneficiários entrantes nas operadoras.</del></p> <p><b>Limitações e vieses</b>  <del>O indicador pode ser influenciado pela possibilidade de contagem cumulativa de consultas odontológicas iniciais realizadas em um mesmo beneficiário por diferentes profissionais.</del>  O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada por uma determinada operadora. Poderá ser influenciado pela</p>	<p><b>Interpretação do indicador</b>  Estima o acesso da população exposta à assistência odontológica <b>individual</b>.</p> <p><b>Usos</b>  Avaliar a evolução da realização de consultas <b>odontológicas</b> visando à prevenção das doenças bucais, à avaliação dos fatores de risco individuais, à realização de diagnóstico precoce com redução das sequelas e limitação dos danos, levando em consideração o ciclo de vida e/ou a condição de saúde do beneficiário.</p> <p><b>Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações</b>  Considerando a relevância <b>da consulta com dentista</b>, a Portaria 1.101/2002 do Ministério da Saúde indica que sejam realizados de 0,5 a 2 atendimentos odontológicos por habitante/ano, contabilizando tanto a consulta inicial quanto os <b>procedimentos básicos</b>.</p> <p><b>Limitações e vieses</b>  O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada por uma determinada operadora. Poderá ser influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora.</p>
---	--

infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora.	
<b>De:</b>	<b>Para:</b>
O ideal é cada <b>adulto</b> faça uma consulta anual com dentista.	O ideal é que cada <b>beneficiário com 2 anos ou mais de idade</b> faça uma consulta anual com dentista.

### Indicador 3.3 – Índice Geral de Reclamação (IGR)

<b>De:</b>	<b>Para:</b>
(Total de Demandas NIP Classificadas RVE, Inativa, Núcleo e NP/Média de nº de benef. dos doze meses do ano-base) x 10.000	$[(\text{Total de Demandas NIP RVE, Inativa, Núcleo e NP/Média de nº de benef. dos doze meses do ano-base}) \times 10.000] / 4$

### Indicador 3.4 – Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos

<b>De:</b>	<b>Para:</b>
<p><b>Definição dos termos utilizados no cálculo</b></p> <p>Este limite será calculado pela média do prêmio puro (coluna K) dos trinta grupos formados pela combinação dos <b>cinco</b> fatores de precificação: contratação (Individual, Empresarial, Adesão), cobertura (Ambulatorial, Amb+Hosp, Hospitalar), presença ou não de fator moderador, tipo de acomodação (coletiva ou individual).</p> <p><b>Parâmetros, dados estatísticos e recomendações</b></p> <p>A análise do VCM é feita dentro de cada um dos trinta grupos formados pela combinação dos <b>cinco</b> fatores de precificação: contratação (Individual, Empresarial, Adesão), cobertura</p>	<p><b>Definição dos termos utilizados no cálculo</b></p> <p>Este limite será calculado pela média do prêmio puro (coluna K) dos trinta grupos formados pela combinação dos <b>quatro</b> fatores de precificação: contratação (Individual, Empresarial, Adesão), cobertura (Ambulatorial, Amb+Hosp, Hospitalar), presença ou não de fator moderador, tipo de acomodação (coletiva ou individual).</p> <p><b>Parâmetros, dados estatísticos e recomendações</b></p> <p>A análise do VCM é feita dentro de cada um dos trinta grupos formados pela combinação dos <b>quatro</b> fatores de precificação: contratação (Individual, Empresarial, Adesão), cobertura (Ambulatorial, Amb+Hosp, Hospitalar), presença ou não de fator moderador, tipo de acomodação (coletiva ou individual).</p>

(Ambulatorial, Amb+Hosp, Hospitalar), presença ou não de fator moderador, tipo de acomodação (coletiva ou individual).	
--	--

### Indicador 3.5 – Pesquisa de Satisfação de Beneficiário

De:	Para:
<p><b>Método de cálculo</b></p> <p>a) “Para as Operadoras que realizarem e divulgarem a pesquisa, conforme os critérios definidos e divulgados pela ANS, até o final do ano base.”</p> <p>b) “Para as Operadoras que não realizarem ou não divulgarem a pesquisa até o final do ano base.”</p>	<p><b>Método de cálculo</b></p> <p>a) “Para as Operadoras que realizarem e divulgarem a pesquisa referente ao ano-base, conforme os critérios definidos e divulgados pela ANS, até a data de corte do Programa de Qualificação de Operadoras.”</p> <p>b) “Para as Operadoras que não realizarem ou não divulgarem a pesquisa referente ao ano-base até a data de corte do Programa de Qualificação de Operadoras.”</p>

### Indicador 4.2 – Taxa de Utilização do SUS

De:	Para:
$V = \frac{(P80 < \text{Resultado} < P97,5) - P80}{(P97,5 - P80)}$	$V = 1 - \frac{(P80 < \text{Resultado} < P97,5) - P80}{(P97,5 - P80)}$
De:	Para:
SGR - Sistema Geral do Ressarcimento	SGR - Sistema de Gestão do Ressarcimento



**Indicador 4.3 – Razão de Completude do Envio dos dados do Padrão TISS (Razão TISS)**

De:				Para:			
411111011	411111061	411121011	411121061	411111011	411111061	411121011	411121061
411111014	411111064	411121014	411121064	411111014	411111064	411121014	411121064
411111021	411112031	411121021	411122031	411111017	411111067	411121017	411121067
411111024	411112034	411121024	411122034	411111021	411112031	411121021	411122031
411111031	411112041	411121031	411122041	411111024	411112034	411121024	411122034
411111034	411112044	411121034	411122044	411111027	411112037	411121027	411122037
411111041	411112051	411121041	411122051	411111031	411112041	411121031	411122041
411111044	411112054	411121044	411122054	411111034	411112044	411121034	411122044
411111051	411112061	411121051	411122061	411111037	411112047	411121037	411122047
411111054	411112064	411121054	411122064	411111041	411112051	411121041	411122051
				411111044	411112054	411121044	411122054
				411111047	411112057	411121047	411122057
				411111051	411112061	411121051	411122061
				411111054	411112064	411121054	411122064
				411111057	411112067	411121057	411122067