

PERGUNTAS E RESPOSTAS

Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS

Atualizado em dezembro/2022

GEEIQ/DIDES/ANS

Sumário

IDSS - Geral.....	4
Captação dos Dados do Padrão TISS para o Cálculo do IDSS	8
Métodos Estatísticos de Padronização.....	14
Programa de Operadora Acreditada (Pontuação Base de 0,30 a 0,15).....	18
1 – Indicadores da Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde – IDQS	19
1.1 Proporção de Parto Cesáreo	19
1.2 Taxa de Consultas de Pré-Natal	23
1.3 Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos.....	24
1.4 Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiários de 0 a 4 Anos.....	26
1.5 Taxa de Citopatologia Cérvico- Vaginal Oncótica.....	27
1.6 Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada.....	29
1.7 Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Cárie.....	32
1.8 Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Periodontia	33
1.9 Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos	34
1.10 Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças – Pontuação Base	35
1.11 Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS.....	36
1.12 Participação no Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor	37
2 – Indicadores da Dimensão Garantia de Acesso – IDGA	38
2.1 Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário	38
2.2 Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idoso	41
2.3 Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas	42
2.4 Taxa de Primeira Consulta ao Dentista por Beneficiário por Ano.....	49
2.5 Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica	50
2.6 Frequência de Utilização de Redes de Hospitais com Atributo de Qualidade.....	57
2.7 Frequência de Utilização de Redes de SADT com Atributo de Qualidade	59
2.8 Índice de Efetiva Comercialização de Planos Individuais	59
3 – Indicadores da Dimensão Sustentabilidade no Mercado – IDSM	60
3.1 Índice de Capital Regulatório (ICR).....	60
3.2 Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar	62
3.3 Índice Geral de Reclamação Anual (IGR Anual).....	62
3.4 Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos.....	62
3.5 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários.....	65
3.6 Autorização Prévia Anual para Movimentação da Carteira de Títulos e Valores Mobiliários (Bônus 10%)	67

3.7 Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos	67
4 – Indicadores da Dimensão Gestão de Processos e Regulação – IDGR	69
4.1 Índice Composto de Qualidade Cadastral	69
4.2 Taxa de Utilização do SUS	70
4.3 Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar -TISSE	72
4.4 Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde.....	75
4.5 Proporção de Diagnósticos Inespecíficos nos Eventos de Internação Preenchidos nas Guias TISSE (Bônus 10%)	75

Introdução:

O IDSS é um programa de avaliação do desempenho das operadoras de planos privados de saúde, realizada por meio de um conjunto de indicadores. O objetivo do IDSS é o de ampliar a transparência e reduzir a assimetria de informação, dirimindo falhas de mercado que, neste caso, comprometem a capacidade do consumidor de fazer suas escolhas, no momento de contratar um plano de saúde.

A aplicação do IDSS visa induzir o setor a seguir as diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e, ao mesmo tempo, subsidiar as ações regulatórias implementadas pela Agência.

O IDSS é calculado a partir de indicadores definidos pela própria ANS, com base nos dados extraídos dos seus sistemas de informações gerenciais, ou obtidos em sistemas nacionais de informação em saúde.

O IDSS é um índice composto, que varia de zero a um (0 a 1), e cada operadora recebe uma nota que a enquadra em uma faixa de avaliação, por ordem crescente de desempenho: nota 0 – pior resultado; e nota 1 – melhor resultado. As faixas de avaliação do IDSS estão representadas na figura abaixo, com 5 faixas de notas representadas por cores:

Faixas de Avaliação do IDSS



1. Como é o método de cálculo do IDSS?

Resposta: O cálculo do IDSS de cada operadora é realizado pela média ponderada dos índices de desempenho das dimensões, conforme os pesos de cada dimensão descritos no art. 12 da RN 505/2022 (que consolidou as Resoluções Normativas - RN nº 386, de 2015 e RN nº 423, de 2017).

$$\text{IDSS} = (\text{IDQS} \times 0,30) + (\text{IDGA} \times 0,30) + (\text{IDSM} \times 0,30) + (\text{IDGR} \times 0,10)$$

Onde:

IDSS = Índice de Desempenho de Saúde Suplementar

IDQS = Dimensão da Qualidade em Atenção à Saúde

IDGA = Dimensão de Garantia de Acesso

IDSM = Dimensão de Sustentabilidade no Mercado

IDGR = Dimensão de Gestão de Processos e Regulação

Caso a Operadora seja acreditada:

$$(\text{Pontuação Base de acordo com o nível de acreditação} + \text{IDSS}) \leq 1$$

Pontuação base: pontuação base (fixa) calculada especificamente para cada operadora acreditada, obedecidos os critérios estabelecidos na ficha técnica e o nível de acreditação obtido:

Nível I: 0,30

Nível II: 0,23

Nível III: 0,15

2. Como é apurado o índice de desempenho de cada dimensão (ID Dimensão) do IDSS?

Resposta: Os pesos de cada indicador são utilizados para compor a nota de cada dimensão. O índice de desempenho da dimensão da qualidade em atenção à saúde (IDQS), da dimensão de garantia de acesso (IDGA), da dimensão de sustentabilidade no mercado (IDSM) e da dimensão de gestão de processos e regulação (IDGR) são calculados através da média ponderada dos indicadores da dimensão, ou seja, o numerador representa a soma dos produtos do resultado de cada indicador da dimensão, multiplicado pelo respectivo peso, enquanto o denominador é a soma dos pesos dos indicadores da dimensão.

$$ID = \frac{ID_1 * P_1 + ID_2 * P_2 + \dots + ID_n * P_n}{P_1 + P_2 + \dots + P_n}$$

ID = Índice de desempenho da dimensão

ID₁ = Índice de desempenho do indicador 1

P₁ = Peso do Indicador 1

ID₂ = Índice de desempenho do indicador 2

P₂ = Peso do Indicador 2

ID_n = Índice de desempenho do indicador n

P_n = Peso do Indicador n

3. Como a pontuação bônus é aplicada ao desempenho de uma determinada dimensão (ID Dimensão) do IDSS?

Resposta: Caso a dimensão tenha indicador bônus, o índice de desempenho da dimensão será apurado da seguinte forma:

$$ID = ID + (ID * \text{Bônus})$$

Bônus: pontuação calculada especificamente para cada operadora, obedecidos os critérios estabelecidos na ficha técnica.

Observação: O resultado final do índice de desempenho, acrescido da pontuação bônus, não poderá ultrapassar o valor de 1 (um).

4. Como a pontuação base é aplicada ao desempenho de uma determinada dimensão (ID Dimensão) ou ao IDSS?

Resposta: Caso a dimensão, ou o IDSS, faça jus a uma pontuação base, o índice de desempenho será apurado da seguinte forma:

$$\begin{aligned} &(\text{Pontuação Base} + \text{ID}) \leq 1 \\ &\text{ou} \\ &(\text{Pontuação Base} + \text{IDSS}) \leq 1 \end{aligned}$$

Pontuação base: pontuação base (fixa) calculada, especificamente, para cada operadora, obedecidos os critérios estabelecidos na ficha técnica.

Observação: Caso a dimensão tenha indicador bônus e pontuação base, para o cálculo da nota final da dimensão, primeiro se aplica o cálculo do bônus e, em seguida, da pontuação base.

5. Por que são aplicadas críticas aos indicadores do IDSS?

Resposta: Para garantir a confiabilidade, propriedade desejável em um indicador, é necessário que o levantamento de dados, para seu cômputo, reflita um protocolo previamente estabelecido para a conferência das informações, gerando dados consistentes no processo de apuração. As críticas são mecanismos internos para o tratamento do conjunto de dados, sendo utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso.

No IDSS, as críticas são aplicadas de acordo com a prioridade definida pelas áreas técnicas responsáveis pelos indicadores, tendo como resultado seja a não aplicabilidade do indicador, seja a inconsistência de dados para seu cálculo.

Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação) é dinâmica, podendo ser revista, a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados, utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

A relação de críticas pré-definidas do IDSS, utilizadas em cada ano-base, está descrita na ficha-técnica de cada indicador. Caso haja revisão das críticas durante o processamento, estas serão descritas no presente FAQ, para o respectivo indicador.

6. Por que alguns indicadores do IDSS apresentam o resultado “não se aplica”, ou “dados inconsistentes”, e como isso afeta a nota final da operadora avaliada?

Resposta: Alguns indicadores não chegam a ter seus resultados calculados por diferentes motivos. Quando é apresentado o resultado “não se aplica”, significa que aquele indicador não era aplicável ao caso da operadora, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão da ficha técnica específica ou críticas. Neste caso, o resultado do indicador não influencia na

nota final da operadora, nem positiva, nem negativamente. Quando o resultado apresentado é “dados inconsistentes”, significa que as informações fornecidas pela operadora, e constantes nos bancos de dados da ANS, não refletem adequadamente a operação dos planos privados de assistência à saúde, pois são incongruentes ou faltantes. Consideram-se inconsistências: a discrepância por terem valores atípicos e a divergência, incoerência ou insuficiência de arquivos, ou sistemas informados à ANS.

Por exemplo:

⇒ Para o indicador 1.1 Proporção de Partos Cesáreos, a operadora informou que atua exclusivamente na segmentação hospitalar sem obstetrícia e consta informação de total de partos realizados.

Neste caso, o resultado do indicador influencia na nota final da operadora, pois é automaticamente atribuído ao indicador o valor “0” (zero).

7. Por que alguns indicadores da operadora não apresentam resultado no IDSS?

Resposta: Porque a operadora se enquadra em um ou mais critérios de exclusão, conforme Ficha Técnica do indicador.

8. Minha Operadora obteve nota ZERO em um dos indicadores do IDSS. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: Existem vários motivos para que um indicador tenha, como resultado final, a nota “zero”. Algumas das razões estão elencadas a seguir:

Motivo 1: Data de corte do Programa de Qualificação de Operadoras -PQO.

É estabelecida uma data de corte para o programa. Assim, caso não tenham sido encaminhados dados do sistema fonte de informações do indicador, referentes a um ou mais períodos (meses ou trimestres) do ano-base avaliado, até a data de corte, a Operadora obterá nota igual à zero no indicador.

Os dados enviados para os sistemas de informação podem e devem ser corrigidos/atualizados a qualquer tempo. No entanto, para fins de avaliação de desempenho das operadoras no IDSS, referente ao ano-base avaliado, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida para efeito do cálculo do IDSS.

Motivo 2: Inconsistências nos dados, arquivos ou sistemas necessários para o cálculo do indicador.

Conforme estabelecido no art. 4º da IN nº 10/2022 (anterior IN DIDES nº 60/2015), a Operadora receberá zero no respectivo indicador quando os dados necessários para o seu cálculo apresentarem inconsistências.

Consideram-se inconsistências: a discrepância por terem valores atípicos e a divergência, incoerência ou insuficiência de arquivos, ou sistemas informados à ANS.

Por exemplo:

- ⇒ Para o indicador 1.1 Proporção de parto cesáreo: a operadora informou no RPS que possui produtos exclusivamente na segmentação hospitalar sem obstetrícia e consta informação no TISS do total de partos realizados.

Motivo 3: O resultado obtido refere-se a uma pontuação equivalente a um resultado igual zero.

Por exemplo:

- ⇒ Para o indicador 1.1 Proporção de parto cesáreo: a Operadora XYZ, segundo os dados do TISS enviados até a data de corte, realizou 230 partos cesáreos, dentre os 250 partos totais realizados. Portanto, o resultado calculado foi de 92% = $(\frac{230}{250} * 100)$. E a redução da proporção de partos cesáreos em relação ao ano anterior foi de 1%. Conforme regra de pontuação do indicador definida na ficha técnica, é atribuída pontuação zero caso o resultado seja maior ou igual a 80 e a operadora tenha redução menor ou igual a 5%, na sua proporção de partos cesáreos, em relação ao ano anterior. Dessa forma, o resultado atribuído ao indicador será igual a zero.
- ⇒ Para o indicador 1.2 Taxa de Consultas de Pré-Natal, a Operadora XYZ, segundo os dados do TISS enviados até a data de corte, realizou 2 consultas ou menos para as beneficiárias que tiveram parto no ano-base avaliado. Conforme regra de pontuação do indicador, definida na ficha técnica, é atribuída pontuação zero ao indicador.

9. Após a divulgação dos resultados finais do IDSS, no portal da ANS, a operadora tem alguma obrigação?

Resposta: Sim. Conforme art. 22 da RN 505/2022, as operadoras devem divulgar as seguintes informações em seus portais: a pontuação obtida em seu IDSS do ano-base avaliado e em cada uma das suas dimensões (IDQS, IDGA, IDSM e IDGR), com destaque para o último ano avaliado; e o link para o portal da ANS, onde os resultados do IDSS de todas as operadoras foram divulgados.

A operadora deve realizar tal divulgação em seu portal, em até trinta (30) dias, após a divulgação do IDSS pela ANS. E os resultados do IDSS devem ser mantidos no sítio institucional da operadora, até a divulgação dos resultados do IDSS do ano seguinte.

Captação dos Dados do Padrão TISS para o Cálculo do IDSS

10. Quais são os procedimentos considerados, para fins de cálculo dos indicadores, cuja fonte são os dados do Padrão TISS?

Resposta: Para fins de cálculo dos indicadores cuja fonte são os dados do padrão TISS, são considerados todos os procedimentos enviados, no período considerado, independente do pagamento, sendo utilizados os códigos TUSS elencados na ficha técnica do indicador (código TUSS da Tabela 22).

11. Como é feita a identificação unívoca do beneficiário, quando prevista nos indicadores, cuja fonte são os dados do padrão TISS?

Resposta: A identificação unívoca é feita por meio do Cartão Nacional de Saúde – CNS. Quando o registro do TISS estiver com a informação do Cartão Nacional de Saúde – CNS

preenchida, a identificação será feita através do cruzamento desses dados com a informação do CNS no Cadastro de Beneficiários – SIB/ANS. As guias TISS que não tiverem identificação do beneficiário pelo CNS serão desconsideradas para a apuração do indicador.

Se mais de 20% do total de CNS informados no TISS pela operadora não forem encontrados (inexistentes), na base do Sistema de Informação de beneficiários – SIB, ou se não forem válidos, a operadora obterá nota igual a zero nos indicadores que utilizam o CNS para identificação unívoca do beneficiário.

Ex. 1.2 – Taxa de Consultas de Pré-Natal; 1.5- Taxa de Citopatologia Cérvico - Vaginal Oncótica; 1.6 - Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada; e 2.4- Taxa de Primeira Consulta ao Dentista no ano por Beneficiário.

12. Quais são as fontes de informação para apuração da idade do beneficiário, nos indicadores que utilizam este parâmetro?

Resposta: Para apuração da idade do beneficiário, a informação será captada na Guia TISS. Caso não seja encontrada, faz-se a busca desse dado por meio do Cartão Nacional de Saúde – CNS, do beneficiário no SIB. Portanto, a operadora deverá observar o correto preenchimento do CNS, tanto no TISS quanto no SIB.

Caso não seja apurada a idade, o evento vinculado a esse beneficiário será desconsiderado no cálculo dos indicadores, que necessitam da identificação da idade.

Ex. indicadores 1.3; 1.4; 1.5; 1.6; 1.8; 1.9, 2.2 e 2.4.

13. Como é realizado o cálculo da idade do beneficiário para a apuração dos indicadores que utilizam este parâmetro?

Resposta: Para o cálculo dos indicadores, considera-se a idade do beneficiário na data de realização do procedimento. É utilizada a seguinte fórmula:

$$\text{TRUNC}(\text{MONTHS_BETWEEN}(\text{"DATA DE REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO"}, \text{"DATA DE NASCIMENTO DO BENEFICIÁRIO"})/12).$$

A fórmula acima executa os seguintes passos:

1º - Identifica quantos meses decorreram, entre a data de realização do procedimento e a data de nascimento do beneficiário.

2º - O resultado é dividido por 12, a fim de calcular a idade do beneficiário em anos, na data de realização do procedimento. Destaca-se que, nesse momento, o cálculo considera todas as casas decimais.

3º - Na última parte é utilizada a função “TRUNC” - nesse momento, o IDSS desconsidera todas as casas decimais e fica somente com o número inteiro, sem realizar nenhum arredondamento.

Exemplo: se, ao final do passo 2, obtém-se o valor de "4,99731182795699 anos", no final do passo 3 será considerada a idade de "4 anos" para o beneficiário.

Exemplo de indicadores que utilizam esta fórmula, ou seja, utilizam o truncamento para apuração da idade do beneficiário: 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.8, 1.9, 2.2 e 2.4.

14. Minha Operadora obteve nota ZERO em um indicador, cuja fonte são os dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: Existem vários motivos para que um indicador tenha, como resultado, a nota “zero”. No caso de indicadores cuja fonte são os dados do Padrão TISS, algumas das razões estão elencadas a seguir:

Motivo 1: Data de corte do Programa de Qualificação de Operadoras -PQO.

É estabelecida uma data de corte para o programa. Assim, caso não tenham sido encaminhados dados do TISS, referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado, até a data de corte, a Operadora obterá nota igual à zero em todos os indicadores que têm o TISS como fonte de dados.

Os dados enviados para o TISS podem e devem ser corrigidos/atualizados a qualquer tempo. No entanto, para fins de avaliação de desempenho das operadoras no IDSS, referente ao ano-base avaliado, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida, para efeito do cálculo do IDSS.

Motivo 2: Operadora não enviou dados do TISS, referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado, até a data de corte do programa.

Motivo 3: CNS inválidos ou inexistentes no SIB.

Se mais de 20% do total de CNS informados no TISS pela operadora, não forem encontrados (inexistentes) na base do Sistema de Informação de beneficiários – SIB, ou não forem válidos, os indicadores, que utilizam a identificação unívoca do beneficiário, receberão nota ZERO.

Ex. indicadores 1.2 -Taxa de Consultas de Pré-Natal; 1.5 Taxa de Citopatologia Cérvico - Vaginal Oncótica; 1.6 Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada; e 2.4 Taxa de Primeira Consulta ao Dentista no ano por Beneficiário.

Motivo 4: Índice de completude dos dados do TISS, com relação ao DIOPS (Razão TISS), inferior a 30% ou inconsistente.

Conforme estabelecido no art. 4º da Instrução Normativa nº 10, de 30 de março de 2022, que substituiu a IN nº 60/2015, será aplicada a pontuação zero quando as operadoras apresentarem o Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado, ou quando não for possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência ou falta de dados, para os indicadores que tenham os dados do Padrão TISS como fonte de dados (indicadores: 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 4.4, 4.5).

Motivo 5: A operadora enviou arquivos com movimento no TISS em todas as competências do ano-base, mas não teve nenhum lançamento incorporado ao banco de dados, devido a erros nos lançamentos e não efetuou a correção e reenvio dos mesmos.

Motivo 6: Operadora informou no TISS arquivo sem movimento para todas as competências do ano-base, porém informou eventos ocorridos no SIP – Sistema de Informações de Produtos.

15. O que ocorre quando é informada a sequência 999999, no campo “Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante” da mensagem do Padrão TISS,?

Resposta: O preenchimento do código 999999 na **Classificação Brasileira de Ocupações - CBO**, nas guias TISS, inviabiliza a utilização do procedimento para o cálculo dos indicadores, que necessitam da identificação do executante.

O preenchimento do CBO é obrigatório, e desde maio de 2018 foi implementada crítica no sistema, que rejeita arquivos enviados com a sequência 999999, informada **no campo referente ao prestador executante**.

Para fins do cálculo dos indicadores do IDSS, as operadoras têm até a data de corte do programa para corrigir as informações já incorporadas ao banco de dados.

O código 999999 para o CBO **do solicitante** nas guias de SP/SADT, somente pode ser preenchido, em casos excepcionais, na troca de informações entre o prestador executante e a operadora, somente quando o prestador executante não souber o CBO do prestador solicitante. No entanto, para o envio para a ANS, a operadora deve informar o CBO correto do prestador executante, pois possui essa informação.

16. Quando não for informado no evento de saúde, o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do beneficiário, como é feito o cálculo dos indicadores, cuja fonte são os dados do padrão TISS?

Resposta: Quando o número do CNS do beneficiário não for preenchido, o evento de saúde não será considerado no cálculo dos indicadores que utilizam identificação unívoca e cuja fonte são os dados do padrão TISS.

17. Como serão tratados os casos de beneficiário com mais de um CNS válido?

Resposta: O Cadastro de Beneficiários SIB/ANS possui integração com a base de dados do Cartão Nacional de Saúde – CNS e, consequentemente, acesso à cadeia de CNS válidos. Como uma das formas de identificação do TISS é feita através do CNS, que consta no SIB, logo é possível o acesso à cadeia de CNS e, dessa forma, a identificação correta do beneficiário, desde que tenha sido informado pela operadora um CNS válido.

18. Como a operadora pode verificar o número do CNS, atribuído pela ANS no cadastro de beneficiários da operadora no SIB?

Resposta: Para acessar os números de CNS atribuídos pela ANS, a operadora poderá solicitar o Arquivo de Conferência – CNX, a qualquer momento, e realizar a importação dos números para a sua base de dados.

A solicitação do Arquivo de Conferência (CNX) deve ser feita por meio do SIB-WEB, utilizando login e senha da operadora e acessado em: Portal da ANS > Espaço da Operadora > Compromissos e Interações com a ANS > Envio de Informações > Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) > Clique aqui para acessar o sistema SIB-WEB; ou diretamente pelo link <https://www2.ans.gov.br/ans-idp/>.

Os CNS são atribuídos ao beneficiário, pela ANS, por meio de uma rotina automática, via integração com o DATASUS. Esta rotina é executada para facilitar a adequação da base de dados enviada pela operadora, junto ao SIB/ANS. Nesta rotina, só são atribuídos CNS's para os registros de beneficiários, informados pelas operadoras no SIB, cujos dados - nome, data de nascimento e CPF - estejam em conformidade com os dados da base do Cadastro de Pessoa Física – CPF, da Receita Federal Brasileira (RFB).

O fato de a ANS atribuir dados de CNS aos beneficiários, não exime a operadora da obrigatoriedade de atualização de dados cadastrais de beneficiários (incluindo o próprio CNS), previstas na RN 500/2022.

19. Para os indicadores do IDSS, que utilizam os dados do Padrão TISS, como é realizada a identificação dos eventos de internação?

Resposta: Conforme disposto no Componente Organizacional do Padrão TISS, os eventos de internação têm sua origem na Guia de Resumo de Internação, enviada pelo prestador hospitalar onde ocorreu o atendimento. O número de solicitação de internação é o que vincula as demais guias, que compõem esse evento, à guia de resumo de internação.

Caso o número de solicitação de internação, que vincula todas as guias participantes de um evento de internação, não seja informado corretamente pela operadora, o evento pode ficar incompleto, podendo impactar negativamente no cálculo dos indicadores da operadora.

Ex. Os indicadores 1.1, 1.2 e 1.3 possuem, como fonte, os dados do Padrão TISS referentes aos eventos de internação.

20. Qual a data utilizada para a apuração dos indicadores do IDSS, que usam os dados do Padrão TISS?

Resposta: Para a apuração dos indicadores do IDSS, que possuem como fonte os dados do Padrão TISS, é utilizada a data de realização do atendimento e não a data da cobrança do evento.

Excepcionalmente, para o indicador 4.3 – Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS), é utilizada a data do protocolo da cobrança.

21. Para os indicadores do IDSS, que utilizam os dados do Padrão TISS, quais competências dessa base de dados são utilizadas para o cálculo dos indicadores do programa?

Resposta: Serão utilizadas todas as competências, que contenham atendimentos com data de realização do ano-base avaliado, enviadas até a data de corte do Programa.

Excepcionalmente, para o cálculo do indicador “1.2 – Taxa de Consultas de Pré-Natal”, na apuração das consultas de pré-natal correspondentes aos partos ocorridos no ano-base avaliado, será necessário retroagir às guias de consultas das beneficiárias, univocamente identificadas em até 42 semanas, anteriores ao evento parto.

22. Como a Operadora pode acessar as informações do Padrão TISS, que estão na base da ANS e são consideradas no IDSS?

Resposta: Através dos arquivos de Retorno, do Relatório de Incorporação na ANS dos dados do TISS e do Relatório de Guias Pendentes de Correção. Este último indica as guias que, por erro de envio, não possuem qualquer lançamento incorporado no banco de dados da ANS, comprometendo a completude dos dados da operadora na ANS.

Os Arquivos e Relatórios estão em ‘Processamento de Arquivos TISS’, no site da ANS, disponível no link:

<<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/relacionamento-com-os-prestadores/padrao-para-troca-de-informacao-de-saude-suplementar-2013-tiss>>

Além destes, o Relatório TISS X DIOPS, que infere a completude dos dados do Padrão TISS incorporados no banco de dados na ANS, pode ser acessado na Central de Relatórios no site da ANS, em:

<<http://www.ans.gov.br/index.php/component/centralderelatorio/?view=login>>

Outra opção é consultar o Arquivo de Conferência dos dados do Padrão TISS encaminhados pelas operadoras e incorporados ao banco de dados da ANS, compreendendo todas as competências a partir de janeiro de cada ano, conforme Aviso publicado no site da Agência:

<<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/avisos-para-operadoras/tiss-arquivos-de-conferencia-dos-dados-ja-estao-disponiveis>>

23. Para os indicadores do IDSS, cuja fonte são os dados do Padrão TISS, como são identificadas as especialidades médicas das consultas realizadas para o cálculo dos indicadores, que utilizam esta informação?

Resposta: As especialidades médicas são identificadas através da CBO – Classificação Brasileira de Ocupações. Assim, a Operadora deverá observar o correto preenchimento do código CBO nas guias de consultas e SP/SADT (quando se tratar de consultas), para que haja a identificação da especialidade, permitindo sua utilização no cálculo dos indicadores específicos.

Exemplo: CBO de pediatra, ginecologista, geriatra, etc.

24. Para os indicadores do IDSS, cuja fonte são os dados do Padrão TISS, como será o cálculo daqueles que utilizam procedimentos pagos por pacote ao prestador, ou outras formas de remuneração alternativas ao pagamento por procedimento (*fee for service*)?

Resposta: Os indicadores do IDSS utilizam para seu cálculo, o código individualizado do procedimento (código TUSS da Tabela 22 e forma de envio da Tabela 64), independente da forma de remuneração do prestador.

Quando o procedimento é pago por pacote, ou outras formas alternativas, o sistema continuará identificando o procedimento pelo seu código TUSS, contido no “pacote”, e só será considerado se o campo “Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado que compõe o pacote” estiver preenchido com os códigos discriminados na ficha do indicador, uma vez que, no detalhamento do pacote devem ser informados todos os códigos de envio individualizado para a ANS.

Para os indicadores que consideram a quantidade de procedimentos realizados - 1.7, 1.8 e 2.1 - o cálculo do indicador considera a quantidade informada no campo quantidade informada, independentemente do pagamento.

Dentro do pacote, quando a quantidade paga é igual a zero, o procedimento é contado no indicador (atribui-se 1).

Métodos Estatísticos de Padronização

25. As diferenças na composição de idade, sexo e tamanho da população de beneficiários podem afetar a comparação dos resultados dos indicadores do IDSS entre operadoras distintas?

Resposta: Sim. Algumas operadoras possuem características diversas na composição de seus beneficiários, tais como, uma população mais envelhecida, concentração de beneficiários do sexo feminino ou masculino, ou ainda, carteiras muito pequenas.

Quando a variável estudada tem estreita relação com a idade e com o sexo, é necessário realizar a técnica de padronização para remover os efeitos desses fatores, que podem impedir uma comparação equilibrada entre os resultados dos indicadores das diversas operadoras.

Para o cálculo dos indicadores, sempre que necessário, será utilizada a padronização direta por faixa etária, por sexo; e a padronização pelo método de *Bayes Empírico* para ajuste do tamanho das populações.

26. Em quais indicadores do IDSS serão aplicados os métodos de padronização?

Resposta: a estes indicadores, serão aplicados os seguintes métodos de padronização:

Indicador	Método de Padronização
1.3 - Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em idosos	Padronização direta por Faixa Etária e Sexo; e Bayes Empírico
1.6 - Taxa de Hemoglobina Glicada (entre 19 e 75 anos)	Padronização direta por Faixa Etária
2.1 – Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário	Padronização direta por Faixa Etária; e Bayes Empírico
2.2 - Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos	Padronização direta por Sexo

27. A padronização sempre melhora o resultado da operadora?

Resposta: Não. A padronização serve para comparar taxas entre populações contrastantes, eliminando possíveis distorções provocadas por diferenças de idade, sexo e tamanho entre as populações. Portanto, o resultado pós-padronização visa possibilitar a comparação entre operadoras, de forma justa e equânime, contudo, a padronização não implica necessariamente em melhora dos resultados individuais da operadora.

28. Como é realizada a padronização direta?

Resposta: Para realizar o cálculo dos indicadores padronizados, utilizando a metodologia de padronização direta, primeiramente é necessário calcular a população de referência (população padrão) para todas as operadoras.

O cálculo da população padrão é realizado por meio da soma dos expostos de todas as operadoras, que tiveram o indicador calculado, dividida pelo número de operadoras que tiveram o indicador calculado. As faixas-etárias e/ou sexo utilizados para o cálculo da população padrão são divulgados no arquivo disponibilizado no espaço operadoras e no portal da ANS, contendo as taxas/parâmetros do setor utilizados para cálculo dos indicadores do IDSS. Considera-se a idade utilizada para cada indicador na definição das faixas etárias utilizadas na padronização por idade. Normalmente, as faixas são definidas em intervalos quinquenais.

Apresenta-se a seguir um exemplo de cálculo da população padrão considerando as faixas-etárias utilizadas para cada indicador:

1.3 - Taxa de Internação por fratura de fêmur em idosos			1.6 - Taxa de Hemoglobina Glicada (entre 19 e 75 anos)		2.1 – Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário	
60 a 64	F	0,172628467	19 a 24	0,105912489	0 a 4	0,076166026
60 a 64	M	0,145019781	25 a 29	0,108596402	5 a 9	0,06582469
65 a 69	F	0,128562807	30 a 34	0,126499436	10 a 14	0,055880692
65 a 69	M	0,100571336	35 a 39	0,130200243	15 a 19	0,053716442
70 a 74	F	0,098156117	40 a 44	0,104769445	20 a 24	0,064823569
70 a 74	M	0,069193664	45 a 49	0,090300518	25 a 29	0,078678381
75 a 79	F	0,074808746	50 a 54	0,08694192	30 a 34	0,091930739

1.3 - Taxa de Internação por fratura de fêmur em idosos			1.6 - Taxa de Hemoglobina Glicada (entre 19 e 75 anos)		2.1 – Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário	
75 a 79	M	0,048517645	55 a 59	0,077017465	35 a 39	0,094383194
80 a 84	F	0,055022879	60 a 64	0,065714442	40 a 44	0,07524215
80 a 84	M	0,031276792	65 a 69	0,054377083	45 a 49	0,064583241
85 a 89	F	0,035424803	70 a 75	0,049749901	50 a 54	0,061629049
85 a 89	M	0,017949763			55 a 59	0,053865673
90 ou mais	F	0,020642049			60 a 64	0,045243324
90 ou mais	M	0,008384079			65 a 69	0,036941944
					70 a 74	0,028769023
					75 a 79	0,021969768
					80 a 84	0,015683098
					85 a 89	0,009687518
					90 ou mais	0,005380264

29. Como é realizado o cálculo do indicador da operadora, após a padronização direta por faixa etária e sexo?

Resposta: Para realizar o cálculo da padronização direta por faixa etária, é necessário segmentar a população da operadora e identificar o número de ocorrências (eventos) dentro da população, em cada faixa etária, e o respectivo número de beneficiários expostos.

Exemplo: o quadro a seguir apresenta um exemplo de cálculo da padronização da Taxa de Internação por fratura de fêmur em idosos.

Verifica-se que o resultado do indicador, sem padronização, é de 7 eventos numa população exposta de 3.296 idosos. Assim, a Taxa de Internação por fratura de fêmur em idosos antes da padronização é de 2,1235.

A partir disso, calcula-se a taxa específica da OPS, distribuindo-se o número de eventos por cada faixa etária (coluna C), e o respectivo número de expostos (coluna D), e calcula-se a taxa específica por faixa etária e sexo (coluna E).

Para fazer a padronização direta, basta multiplicar a População de Referência (coluna F) pela taxa específica (coluna E). A soma desta multiplicação (coluna G), multiplicada por mil, será a taxa padronizada da operadora: 5,5481 (= 0,0055481 * 1.000).

A pontuação da operadora será obtida a partir da taxa padronizada.

Colunas	A	B	C	D	E	F	G
Linhas	Faixa Etária	Sexo	Fratura de Fêmur em Idosos	Idosos	Taxa específica por Faixa etária e sexo	Pop. padrão	Tx. específica x pop. padrão
1	60 a 64	F	1	841	0	0,17404	0,0002068
2	60 a 64	M	1	1.227	0,000814498	0,14909	0,0001214
3	65 a 69	F	0	287	0	0,12861	-
4	65 a 69	M	0	486	0	0,09981	-
5	70 a 74	F	1	110	0,009049774	0,09781	0,0008852
6	70 a 74	M	1	147	0,006791171	0,06831	0,0004639
7	75 a 79	F	3	57	0,052023121	0,07441	0,0038708
8	75 a 79	M	0	66	0	0,04775	-
9	80 a 84	F	0	28	0	0,05429	-
10	80 a 84	M	0	19	0	0,03088	-
11	85 a 89	F	0	9	0	0,03507	-
12	85 a 89	M	0	6	0	0,01756	-
13	90 ou mais	F	0	2	0	0,01942	-
14	90 ou mais	M	0	4	0	0,00768	-
Total			7	3.296			0,0055481

30. Como é realizado o cálculo do indicador da operadora, após a padronização direta por sexo?

Resposta: Para tanto, a operadora precisa calcular a taxa específica por sexo em sua carteira, e multiplicar esta taxa específica pela população de referência. Para obter a população de referência, basta consultar o documento “parâmetros do setor”, disponibilizado com os resultados das operadoras.

31. Como é realizado o cálculo da padronização por Bayes Empírico?

Resposta: O método da padronização por Bayes Empírico é utilizado para ajustar flutuações extremas de taxas e proporções, quando as populações analisadas são propensas a sofrer grandes alterações, se um único evento é adicionado ou subtraído por serem pequenas, como é o caso de algumas operadoras.

Por meio de Bayes Empírico, a taxa de um evento de uma operadora específica, é ajustada via média da taxa do conjunto das avaliadas, levando em consideração a carteira dessa operadora e a dispersão dos valores das taxas entre todas as operadoras.

Quanto menor for a quantidade de beneficiários de uma operadora expostos a um evento específico, maior será o ajuste, ficando a taxa da operadora próxima da taxa média de todas as operadoras.

Ainda, é levada em consideração a dispersão das taxas individuais das operadoras em torno da taxa média de todas as operadoras, de forma que, quanto maior for a dispersão, menor será o ajuste efetuado.

Exemplo: o quadro a seguir apresenta um exemplo de cálculo da padronização por Bayes Empírico da Taxa de Internação por fratura de fêmur em idosos. O valor do indicador, após

a padronização por faixa etária e sexo, era de 5,5481, e após a padronização de *Bayes* Empírico, passa para 5,5466. Os valores utilizados para o cálculo da padronização por *Bayes* Empírico ($\hat{\mu}$ e $\hat{\sigma}^2$) são divulgados no arquivo disponibilizado no espaço operadoras e no portal da ANS, contendo as taxas/parâmetros do setor utilizados para o cálculo dos indicadores do IDSS, a saber:

Sejam:

r_i : taxa da operadora, já padronizada por faixa-etária e/ou sexo = **5,5481**;

n_i : o número de expostos da operadora=3.296

Valores divulgados no arquivo parâmetros do setor:

$\hat{\mu}$: a média populacional estimada; (lê-se: *mi chapéu*) = 1,69019099

$\hat{\sigma}^2$: a variância a priori; (lê-se: *sigma dois, chapéu*) = 1,286053037

O cálculo da padronização por *Bayes* Empírico se dá da seguinte forma:

w_i : peso, sendo $w_i = \hat{\sigma}^2 / (\hat{\sigma}^2 + \hat{\mu} / n_i) = 1,286053037 / ((1,286053037 + (1,69019099 / 3.296)) = 0,999601479$

$\hat{\theta}_i$: é a estimativa de *Bayes* Empírico; (lê-se *teta i chapéu*)

$\hat{\theta}_i = w_i r_i + (1 - w_i) \hat{\mu} = 0,999601479 \times 5.5481 + (1 - 0,99601479) \times 1,69019099 = \mathbf{5,5466}$

Programa de Operadora Acreditada (Pontuação Base de 0,30 a 0,15)

32. Como saber se a operadora é ou não acreditada?

Resposta: A lista de operadoras acreditadas é divulgada no portal da ANS, no seguinte link: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras-1>

Nesta página do programa de acreditação de operadoras também é possível “baixar” o arquivo contendo o arquivo em formato (.xlsx), o qual contém o histórico total de creditações realizadas pelas operadoras.

33. Como fica a pontuação de operadoras, que mudaram de nível de acreditação durante o ano?

Resposta: As situações possíveis estão exemplificadas no quadro a seguir.

Exemplo	Situação	Nível	Nº de dias	Nível	Nº de dias	Total de dias apurado (soma dos períodos - mínimo de 180 dias)	Nível pontuado (Nível em que ficou mais tempo)	Regra
1	OPS subiu de Nível	II	190	I	100	290	II	Período em que ficou mais tempo acreditada
2	OPS desceu de Nível	I	190	II	100	290	I	Período em que ficou mais tempo acreditada
3	OPS que interrompeu a acreditação	III	20	III	160	180	III	Período em que ficou mais tempo acreditada
4	OPS que mudou de nível e teve períodos iguais	I	176	II	176	352	II	Último nível vigente
5	OPS que mudou de nível e teve períodos iguais	II	176	I	176	352	I	Último nível vigente

1 – Indicadores da Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde – IDQS

1.1 Proporção de Parto Cesáreo

34. Como é calculada a redução percentual da proporção de parto cesáreo, em relação ao ano anterior no IDSS?

Resposta: A redução percentual é apurada de forma percentual, comparando-se a diferença entre as proporções, com o percentual inicial, ou seja, pela seguinte fórmula:

$((P_{\text{ano-base anterior}} - P_{\text{ano-base}}) / P_{\text{ano-base anterior}})$. Se o resultado for negativo ou igual a zero, não houve redução.

Exemplo: Proporção de parto cesáreo no ano-base avaliado anteriormente (ex: 2020): $P_{2020} = 98\%$.

Proporção de parto cesáreo no ano-base atual (ex: 2021): $P_{2021} = 93\%$.

Redução: 5,10%, calculada da seguinte forma:

$((98\% - 93\%) / 98\%) = 5,10\%$. Logo, a Redução em 2021 foi de 5,10%.

Caso a operadora não tenha tido a proporção de partos cesáreos calculada no ano-base anterior, ou não tenha havido redução da taxa, mas aumento ou manutenção, este parâmetro ($V_{\text{redução}}$) não será considerado na pontuação.

35. Como será pontuada no IDSS uma operadora que possui alta proporção de partos cesáreos ($\geq 80\%$), porém, conseguiu reduzir sua taxa, em comparação com o ano anterior, em mais de 5%?

Resposta: Havendo um esforço da operadora para a redução da taxa de parto cesáreo, que gere uma redução superior a 5%, a operadora deverá ser pontuada no indicador, mesmo que não tenha atingido a meta de 45% de proporção de parto cesáreo.

Se a redução for superior a 10%, a operadora receberá nota máxima no indicador, por reconhecimento de seus esforços para caminhar na direção da meta do setor.

Se a redução da proporção de parto cesáreo em relação ao ano anterior, for entre 5% e 10%, ou sua proporção de parto cesáreo estiver entre 45% e 80%, a sua pontuação será escalonada, e o resultado será a maior nota entre o cálculo da redução ($V_{\text{redução}}$) e o cálculo da Proporção de partos cesáreos ($V_{\text{proporção de parto cesáreo}}$).

Nos demais casos, ou seja, a redução em relação ao ano anterior, se for inferior ou igual a 5% e proporção de parto cesáreo maior ou igual a 80% a operadora receberá nota 0 (zero).

Caso a operadora não tenha tido a proporção de partos cesáreos calculada no ano-base anterior ao que está sendo avaliado, ou não tenha havido redução da taxa, mas aumento ou manutenção, este parâmetro ($V_{\text{redução}}$) não será considerado na pontuação.

Exemplo:

Proporção de parto cesáreo no ano-base anterior (ex: 2020): $P_{2020} = 98\%$.

Proporção de parto cesáreo no ano-base atual (ex: 2021): $P_{2021} = 93\%$.

Redução: 5,10%.

Pontuação do indicador = Máximo ($V_{\text{redução}}$; $V_{\text{proporção de parto cesáreo}}$)

$V_{\text{redução}} = (5,10 - 5) / 5 = 0,02$

$V_{\text{proporção de parto cesáreo}} = \text{zero}$

$V = \text{Máximo} (0,02; 0) = 0,02$

Ou seja, no exemplo dado, a operadora ganharia nota 0,02, uma vez que a proporção de parto cesáreo permanece superior a 80% mas reduziu de 98% para 93% a proporção de parto cesáreo (redução de 5,10%). Assim, considerando a combinação das diversas situações possíveis, didaticamente, apresenta-se a seguir a tabela com as combinações e respectivas pontuações para o indicador:

Redução	E	Proporção	Resultado
Redução menor ou igual a 5%	E	Proporção maior ou igual a 80%	0
Redução entre 5% e 10%	E	Proporção maior ou igual a 80%	v
Redução maior ou igual a 10%	E	Proporção maior ou igual a 80%	1
Redução menor ou igual a 5%	E	Proporção entre 45% e 80%	V
Redução entre 5% e 10%	E	Proporção entre 45% e 80%	V
Redução maior ou igual a 10%	E	Proporção entre 45% e 80%	1
Redução menor ou igual a 5%	E	Proporção menor ou igual a 45%	1
Redução entre 5% e 10%	E	Proporção menor ou igual a 45%	1
Redução maior ou igual a 10%	E	Proporção menor ou igual a 45%	1

36. No IDSS, por que a nomenclatura simplificada do indicador 1.1, referente à Proporção de Parto Cesáreo, é *Estímulo ao Parto Normal*?

Resposta: Apesar de o indicador medir apenas a proporção de partos cesáreos, a nomenclatura simplificada tem o objetivo de orientar o setor sobre a finalidade do indicador. Neste caso, a finalidade da ANS é induzir as operadoras a reduzir as taxas de parto cesáreo.

Conforme os parâmetros estatísticos referendados na ficha técnica do indicador, as taxas de cesarianas no Brasil chegaram a 55,6% em 2012, enquanto na saúde suplementar este percentual era de 84,6%. Portanto, apesar de o indicador não medir diretamente o número de partos normal realizados no Brasil, a ANS tem envidado esforços para mudar o cenário da saúde suplementar.

37. O indicador 1.1 – Proporção de Parto Cesáreo possui, como fonte, os dados do Padrão para Troca de Informações em Saúde Suplementar - TISS enviados à ANS referentes aos eventos de internação. Como é realizada a identificação desse evento?

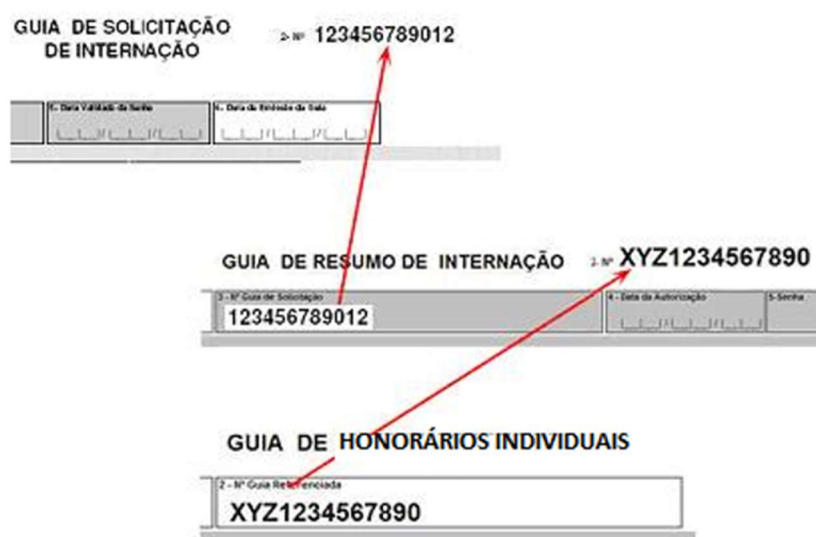
Resposta: Conforme disposto no Componente Organizacional do Padrão TISS, os eventos de internação têm sua origem na Guia de Resumo de Internação enviada pelo prestador hospitalar, onde ocorreu o atendimento. As demais guias, que compõem esse evento, são vinculadas à guia de resumo de internação através do número de solicitação de internação. Caso o número de solicitação de internação, que vincula todas as guias participantes de um evento de internação, não seja informado corretamente pela operadora, o evento pode não conter todas as guias que deveriam fazer parte dele, afetando o resultado do indicador.

38. Como são contabilizados os partos presentes nas Guias de Honorário, inclusive naquelas que não possuem Resumo de Internação?

Resposta: Não é possível existir uma Guia de Honorários Individual sem estar vinculada a uma Guia Resumo de Internação, pois estas duas guias se relacionam a um único evento de internação em uma maternidade: o parto da beneficiária.

O Componente Organizacional do Padrão TISS é composto por 8 tipos de Guias: guia de consulta; guia de solicitação de serviços profissionais/serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (SP/SADT); guia serviços profissionais/serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (SP/SADT); guia solicitação de internação; guia resumo de internação; guia honorário individual; guia tratamento odontológico; e guia outras despesas.

As Guias de Resumo de Internação são utilizadas para o faturamento dos procedimentos mais complexos, que necessitam de internação hospitalar para a sua realização. Já as Guias de Honorário Individual são, normalmente, utilizadas para faturamento de serviços de auxílio, prestados por profissionais, que participaram de algum procedimento, tais como auxiliares em cirurgias, anestesistas, pediatras de sala de parto. A guia de honorário individual deve estar vinculada ao número da guia de resumo da internação, de acordo com o disposto no Componente Organizacional do Padrão TISS. As guias TISS são relacionadas como reproduzido na figura abaixo:



Os dados para o cálculo do indicador 1.1- Proporção de Partos Cesáreos são provenientes da Guia Resumo de Internação. Conforme disposto no Componente Organizacional do Padrão TISS, os eventos de internação têm sua origem na Guia de Resumo de Internação, enviada pelo prestador hospitalar, onde ocorreu o atendimento. As demais guias, que compõem esse evento, são vinculadas à guia de resumo de internação através do número de solicitação de internação. Assim, caso o número de solicitação de internação, que vincula todas as guias participantes de um evento de internação, não seja informado corretamente pela operadora, o evento pode não conter todas as guias que deveriam fazer parte dele, afetando o resultado do indicador.

39. No IDSS, minha Operadora não teve o indicador 1.1, referente à Proporção de Parto Cesáreo, calculado. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: Conforme definido na ficha técnica do indicador, este só será calculado para as operadoras, cuja soma dos partos informados no período for **igual ou superior a 100**. Ademais, algumas críticas podem fazer com que o indicador não seja calculado (não se aplica). As críticas aplicáveis estão descritas na ficha técnica do indicador 1.1.

40. O indicador 1.2 – Taxa de Consultas de Pré-Natal possui, como fonte, os dados do Padrão para Troca de Informações em Saúde Suplementar - TISS enviados à ANS, referentes aos eventos de internação. Como é realizada a identificação desse evento?

Resposta: Conforme disposto no Componente Organizacional do Padrão TISS, os eventos de internação têm sua origem na Guia de Resumo de Internação, enviada pelo prestador hospitalar onde ocorreu o atendimento. As demais guias que compõem esse evento são vinculadas à guia de resumo de internação através do número de solicitação de internação. Caso o número de solicitação de internação, que vincula todas as guias participantes de um evento de internação, não seja informado corretamente pela operadora, o evento pode não conter todas as guias que deveriam fazer parte dele.

Serão considerados no numerador o tipo de consulta = 3 (pré-natal) nas guias de consulta ou de SP/SADT (não vinculadas a evento de internação) + Atendimento ambulatorial código TUSS 10101012 (Consulta em consultório no horário normal ou preestabelecido) com CBO 225250 (Médico ginecologista e obstetra), realizadas nas 42 semanas antes do parto. No denominador serão considerados os códigos TUSS nos eventos de internação: 31309127 (Parto via vaginal) + 31309054 (Cesariana) + 31309208 (Cesariana com histerectomia).

41. O indicador 1.2 – Taxa de Consultas de Pré-Natal considera partos múltiplos no denominador?

Resposta: Não. O código do parto múltiplo é utilizado nas guias de internação para fins de identificação do 2º ou demais conceitos, independentemente da via de nascimento (vaginal ou abdominal). Por ser fruto da mesma gravidez, não deve ser considerado no cômputo da Taxa de Consultas de Pré-Natal, sob o risco de enviesar o resultado do indicador, já que o número de consultas de pré-natal indicadas por grávida não deve variar de acordo com o nº de conceitos.

42. No IDSS, minha Operadora não teve o indicador 1.2, referente à Taxa de Consultas de Pré-Natal, calculado. Qual pode ter sido a razão?

Motivo: Critério técnico ou crítica estabelecidos na ficha técnica do indicador

Operadoras exclusivamente odontológicas, por exemplo, não têm o indicador calculado.

43. No IDSS, operadoras que tiveram menos de 100 partos no período serão avaliadas no indicador 1.2, referente à Taxa de Consultas de Pré-Natal?

Resposta: Sim. O número de partos não é critério para a não avaliação da operadora. A ocorrência de 100 partos ou mais para avaliar o indicador não se faz necessária, uma vez que a informação de parto é utilizada para identificar quantas consultas uma grávida fez em média durante sua gestação. A adoção deste critério excluiria do cálculo operadoras que podem ser avaliadas.

44. No indicador 1.2 Taxas de Consulta de Pré-Natal, são consideradas no numerador consultas realizadas com médicos de família ou generalistas?

Resposta: No indicador 1.2 Taxas de Consulta de Pré-Natal, há identificação unívoca da beneficiária que teve um parto no ano-base. As consultas desta beneficiária são identificadas nas guias TISS, por meio do tipo de consulta = 3 - pré-natal (nas guias de consulta ou de SP/SADT não vinculadas a evento de internação), somadas às consultas realizadas em consultório por médico ginecologista e obstetra (Código TISS 10101012 e CBO 225250).

1.3 Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos

45. O indicador 1.3 – Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos possui, como fonte, os dados do Padrão para Troca de Informações em Saúde Suplementar - TISS enviados à ANS referentes aos eventos de internação. Como é realizada a identificação desse evento?

Resposta: Conforme disposto no Componente Organizacional do Padrão TISS, os eventos de internação têm sua origem na Guia de Resumo de Internação, enviada pelo prestador hospitalar onde ocorreu o atendimento. As demais guias, que compõem esse evento, são vinculadas à guia de resumo de internação através do número de solicitação de internação. Caso o número de solicitação de internação, que vincula todas as guias participantes de um evento de internação, não seja informado corretamente pela operadora o evento pode não conter todas as guias que deveriam fazer parte dele, afetando o cálculo do indicador.

46. Como é realizado o cálculo da idade do beneficiário para a apuração do indicador 1.3- Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos?

Resposta: Para o cálculo do indicador, considera-se a idade do beneficiário na data do início da internação. Caso o beneficiário complete 60 anos durante o período de internação, o evento não será considerado no cálculo do indicador. Para o cálculo da idade é utilizada a seguinte fórmula:

`TRUNC (MONTHS_BETWEEN ("DATA DO INÍCIO DA INTERNAÇÃO", "DATA DE NASCIMENTO DO BENEFICIÁRIO")/12).`

A fórmula acima executa os seguintes passos:

1º - Identifica quantos meses decorreram entre a data do início da internação e a data de nascimento do beneficiário.

2º - O resultado é dividido por 12, a fim de calcular a idade do beneficiário em anos, na data da internação. Destaca-se que, nesse momento, o cálculo considera todas as casas decimais.

3º - Na última parte é utilizada a função "TRUNC" - nesse momento, o IDSS desconsidera todas as casas decimais e fica somente com o número inteiro, sem realizar nenhum arredondamento.

Exemplo: se, ao final do passo 2, obtém-se o valor de "59,99731182795699 anos", no final do passo 3 será considerada a idade de "59 anos" para o beneficiário.

Indicador	Utiliza o CNS para Identificação Unívoca?	Faixa Etária /Idade considerada para o indicador	Observações/Exemplos (para o ano-base 2021)
1.3- Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos Fórmula: $(N^{\circ} \text{ intern. hosp. fratura fêmur em benef. } \geq 60 \text{ anos} \times 1000) \div (\text{Média benef. planos segmento hospitalar com idade } \geq 60 \text{ anos})$	Não	Idade maior ou igual a 60 anos	Serão considerados no cálculo todos os beneficiários ≥ 60 anos que tiveram fratura de fêmur no ano-base. Por exemplo: evento da internação ocorreu em 01/03/2021, e beneficiário nasceu em 02/03/1961. Este evento não entra no cálculo, pois o beneficiário tinha 59,99 anos na data da internação (< 60 anos)

47. Por que após o cálculo do indicador 1.3, referente à Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos, são aplicados os métodos de padronização direta por Faixa Etária e Sexo; e Bayes Empírico?

Resposta: A padronização direta por faixa etária e sexo tem por objetivo eliminar a influência causada, no resultado do indicador, pela composição quantitativa diferenciada das faixas etárias e sexo da população de beneficiários de cada operadora. Esta metodologia é importante, quando o risco variar substancialmente com a idade e o sexo dos indivíduos.

O Método Bayes Empírico consiste em ajustar a taxa de um evento, encontrada em cada operadora, pela taxa média de todas as operadoras para aquele evento em questão, considerando o número de beneficiários de cada operadora e a dispersão dos valores das taxas entre as operadoras. A aplicação da metodologia de Bayes Empírico visa o ajuste das flutuações extremas das taxas e proporções em pequenas populações, uma vez que estas podem sofrer grande variação com a adição ou a subtração de um único evento. Assim, quanto menor for o número de beneficiário de uma operadora expostos para um evento (denominador), maior será o ajuste, ficando a taxa da operadora mais próxima da taxa média de todas as operadoras e evitando a sua penalização. Quanto maior for o número de beneficiários de uma operadora expostos para o mesmo evento, menor será o ajuste, ficando a operadora muito próxima da taxa sem ajuste que for encontrado para ela.

Somente após o cálculo do resultado padronizado do indicador, é que a pontuação do indicador é calculada.

48. No IDSS, como foi apurada a meta do indicador 1.3 – Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos?

Resposta: A meta para este indicador foi apurada por porte e com base na média das medianas da taxa por fratura de fêmur em idosos apuradas no IDSS nos anos de 2012 a 2015.

Para fins de pontuação, a ANS aplicou um percentual de 20%, majorando a meta por porte e possibilitando que operadoras, com resultados maiores em até 20%, obtenham a nota máxima no indicador.

Mediana da taxa de internação por fratura de fêmur em idosos – anos 2012 a 2015 por 1000					
Porte da Operadora	2012	2013	2014	2015	Média
Operadoras de Pequeno Porte	1,89	1,92	1,79	1,90	1,88
Operadoras de Médio Porte	2,39	2,04	2,30	2,20	2,23
Operadoras de Grande Porte	2,47	2,16	2,34	2,31	2,32

Fonte: Programa de Qualificação de Operadoras, 2012-2015, Brasil ANS.

Porte da Operadora	Média das Medianas (A)	Meta (A)+20%
Operadoras de Pequeno Porte	1,88	2,26
Operadoras de Médio Porte	2,23	2,68
Operadoras de Grande Porte	2,32	2,78

1.4 Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiários de 0 a 4 Anos

49. Por que no IDSS o indicador 1.4 – Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiários de 0 a 4 Anos apresenta, em seu método de cálculo, duas parcelas separadas?

Resposta: A separação do número de consultas, para crianças menores que um ano e para crianças entre 1 e 4 anos, foi apresentado na fórmula de cálculo de forma separada apenas para fins didáticos, já que a média de consultas recomendadas por ano é diferente para estas faixas de idade. Porém, para fins de pontuação, o resultado será apurado conjuntamente [Resultado = (soma dos numeradores) / (soma dos denominadores)].

50. Como é realizado o cálculo da idade do beneficiário para a apuração do indicador 1.4 Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiários de 0 a 4 Anos?

Resposta: Para o cálculo do indicador, considera-se a idade do beneficiário na data de realização do procedimento. É utilizada a seguinte fórmula:

TRUNC (MONTHS_BETWEEN ("DATA DE REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO", "DATA DE NASCIMENTO DO BENEFICIÁRIO")/12).

A fórmula acima executa os seguintes passos:

1º - Identifica quantos meses decorreram entre a data de realização do procedimento e a data de nascimento do beneficiário.

2º - O resultado é dividido por 12, a fim de calcular a idade do beneficiário em anos, na data de realização do procedimento. Destaca-se que, nesse momento, o cálculo considera todas as casas decimais.

3º - Na última parte é utilizada a função “TRUNC” - nesse momento, o IDSS desconsidera todas as casas decimais e fica somente com o número inteiro, sem realizar nenhum arredondamento.

Exemplo: se, ao final do passo 2, obtém-se o valor de "4,99731182795699 anos", no final do passo 3 será considerada a idade de "4 anos" para o beneficiário.

Indicador	Utiliza CNS para Identificação Unívoca?	Faixa Etária Considerada para o indicador	Observações/Exemplos (para o ano-base 2021)
1.4- Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 Anos. Fórmula: [Nº consultas ambul. com pediatra ou médico de família para benef. idade <1 ano + Nº consultas ambul. com pediatra ou médico de família para benef. idade entre 1 e 4 anos] ÷ [8 x (Média benef. com idade < 1 ano planos com segmento ambul.) + 2,7 x (Média benef. com idade entre 1 e 4 anos planos com segmento ambul.)]	Não	Primeira parcela numerador: [0 a 1 ano[Segunda parcela numerador: [1 a 4 anos] OBS: os beneficiários entre 1 e 4 são aqueles que completaram 1 ano e ainda não completaram 5 anos, na data da consulta.	Crianças com 1 ano incompleto na data da consulta, entram no cômputo da 1ª parcela do numerador. Exemplo: se a data de nascimento do beneficiário for 02/08/2020 e a data de realização da consulta for 01/08/2021, a consulta realizada é considerada no cálculo da primeira parcela do numerador desse indicador (1 ano incompleto) Crianças com 4 anos e 11 meses (5 anos incompletos) entram no cálculo da 2ª parcela do numerador. Exemplo: se a data de nascimento do beneficiário for 02/08/2016 e a data de realização da consulta for 01/08/2021, a consulta realizada é considerada no cálculo da segunda parcela do numerador.

1.5 Taxa de Citopatologia Cérvico- Vaginal Oncótica

51. A ficha técnica do indicador 1.5 – Taxa de Citopatologia Cérvico – Vaginal Oncótica informa os códigos TUSS que serão considerados no Numerador do indicador. Como será contabilizado o diagnóstico citopatológico em meio líquido (código TUSS 40601323) para o cálculo do indicador?

Resposta: O código TUSS 40601323 - Procedimento diagnóstico citopatológico em meio líquido foi incorporado ao TISS com envio individualizado a partir de 01/01/2020 (e não mais de envio consolidado, conforme tabela TUSS 64 nos anos anteriores), e será considerado no numerador do indicador 1.5 - Taxa de Citopatologia Cérvico – Vaginal Oncótica, no ano-base 2020.

52. Como é realizado o cálculo da idade do beneficiário para a apuração do indicador
1.5 Taxa de Citopatologia Cérvico - Vaginal Oncótica?

Resposta: Para o cálculo do indicador, considera-se a idade do beneficiário na data de realização do procedimento. É utilizada a seguinte fórmula:

TRUNC (MONTHS_BETWEEN ("DATA DE REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO", "DATA DE NASCIMENTO DO BENEFICIÁRIO")/12).

A fórmula acima executa os seguintes passos:

1º - Identifica quantos meses decorreram entre a data de realização do procedimento e a data de nascimento do beneficiário.

2º - O resultado é dividido por 12, a fim de calcular a idade do beneficiário em anos, na data de realização do procedimento. Destaca-se que, nesse momento, o cálculo considera todas as casas decimais.

3º - Na última parte é utilizada a função "TRUNC" - nesse momento, o IDSS desconsidera todas as casas decimais e fica somente com o número inteiro, sem realizar nenhum arredondamento.

Exemplo: se, ao final do passo 2, obtém-se o valor de "64,99731182795699 anos", no final do passo 3 será considerada a idade de "64 anos" para a beneficiária.

Indicador	Utiliza CNS para Identificação Unívoca?	Faixa Etária considerada para o indicador	Observações/Exemplos (para o ano-base 2021)
1.5 Taxa de Citopatologia Cérvico - Vaginal Oncótica Fórmula: (Nº total 1º procedimento diagnóstico citopatologia cérvico-vaginal oncótica em beneficiárias univocamente identificadas de 25 a 64 anos × 100) ÷ (Média beneficiárias em planos segmento ambul. idade 25 a 64 anos)	Sim	Entre 25 e 64 anos OBS: as beneficiárias entre 25 e 64 anos são aquelas que completaram 25 anos e ainda não completaram 65 anos na data da consulta.	Exemplo: Beneficiária nasceu no dia 08/02/1956 e realizou o exame de citopatologia cérvico-vaginal oncótica no dia 04/02/2021. Nessa data, considera-se que a beneficiária tem 64 anos (65 anos incompletos ou exatamente 64,9892 anos)

53. Como é calculado o indicador 1.6 – Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada do IDSS?

Resposta: A lógica do indicador é, a partir da estimativa da prevalência do diabetes mellitus em beneficiários adultos (entre 19 e 75 anos) de plano de saúde, medir o número médio de exames de hemoglobina glicada realizados por esses beneficiários, aferindo indiretamente a adesão dos médicos assistentes às diretrizes clínicas, que recomendam, que os testes de hemoglobina glicada devem ser realizados pelo menos duas vezes ao ano, por todos os pacientes diabéticos.

Assim, a partir dos beneficiários que possuem cobertura ambulatorial, no denominador, é estimado o total de beneficiários diabéticos da operadora e, no numerador, são computados o total de exames de hemoglobina glicada realizados no ano (inclusive o primeiro, dos indivíduos que têm mais de um exame no período), por parte dos beneficiários da operadora, que se estima serem diabéticos.

A meta é apresentar média 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.

54. No IDSS, por que o numerador do indicador 1.6, referente à Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada, considera o somatório apenas dos exames realizados por indivíduos que têm mais de um exame no ano-base?

Resposta: A Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (2016) estabelece dois exames ao ano aos pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus. Para os pacientes com diagnóstico nos anos anteriores à apuração do indicador e sob bom controle glicêmico, a captura dos dois exames anuais não oferecerá grandes dificuldades, pois supõe-se que o médico assistente irá programar 2 exames ao longo do ano seguinte.

Poderá haver uma subestimação do número de exames realizados para os pacientes, com diagnóstico inicial de diabetes no ano de apuração do indicador, especialmente para aqueles com diagnóstico inicial de diabetes no segundo semestre, pois estes terão sua avaliação subsequente no ano seguinte.

Não há dados sobre o número de casos novos de diabetes mellitus diagnosticados a cada ano no Brasil. Considerando os dados dos Estados Unidos da América (CDC 2017), que apresentou em 2015 uma prevalência de diabetes mellitus (7,2%) na população adulta semelhante à da população adulta da Saúde Suplementar brasileira no período 2011-2015 (6,7%), o número de casos novos foi de 6,7 por 1.000 adultos, cerca de 1/11 da prevalência. Estima-se, assim, que o número de beneficiários com diabetes que terão seus exames desconsiderados, por terem realizado somente um exame de hemoglobina glicada no ano de apuração, não terá um impacto significativo sobre o desempenho da operadora neste indicador.

Referência: CDC 2017 - Centers for Disease Control and Prevention. National Diabetes Statistics Report, 2017. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Dept of Health and Human Services; 2017.

55. Como é realizado o cálculo da idade do beneficiário para a apuração do indicador 1.6 Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada.?

Resposta: Para o cálculo do indicador, considera-se a idade do beneficiário na data de realização do procedimento. É utilizada a seguinte fórmula:

$\text{TRUNC}(\text{MONTHS_BETWEEN}(\text{"DATA DE REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO"}, \text{"DATA DE NASCIMENTO DO BENEFICIÁRIO"})/12)$.

A fórmula acima executa os seguintes passos:

1º - Identifica quantos meses decorreram entre a data de realização do procedimento e a data de nascimento do beneficiário.

2º - O resultado é dividido por 12, a fim de calcular a idade do beneficiário em anos, na data de realização do procedimento. Destaca-se que, nesse momento, o cálculo considera todas as casas decimais.

3º - Na última parte é utilizada a função "TRUNC" - nesse momento, o IDSS desconsidera todas as casas decimais e fica somente com o número inteiro, sem realizar nenhum arredondamento.

Exemplo: se, ao final do passo 2, obtém-se o valor de "74,99731182795699 anos", no final do passo 3 será considerada a idade de "74 anos" para o beneficiário.

Indicador	Utiliza CNS para Identificação Unívoca?	Faixa Etária considerada para o indicador	Observações/Exemplos (para o ano-base 2021)
1.6 Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada. Fórmula: (Somatório apenas dos exames realizados por indivíduos que têm mais de um exame de hemoglobina glicada no ano-base, realizado pelo beneficiário univocamente identificado, com idade ≥ 19 anos e ≤ 75 anos, realizados em regime ambul.) ÷ (6,7% da média de beneficiários com idade ≥ 19 anos e ≤ 75 anos em planos que incluam a segmentação ambulatorial)	Sim	Entre 19 e 74 anos OBS: os beneficiários entre 19 e 74 são aqueles que completaram 19 anos e ainda não completaram 75 anos na data do exame.	Exemplo: Beneficiário nasceu no dia 08/02/1946 e realizou o exame de Hemoglobina glicada no dia 04/02/2021. Nessa data o beneficiário tem 74 anos, ou 75 anos incompletos, portanto, é considerado no cálculo

56. Como serão contabilizados no numerador do indicador 1.6 do IDSS, referente à Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada, os exames de hemoglobina glicada realizados pelos beneficiários?

Resposta: O beneficiário será univocamente identificado e será apurada a soma a partir do segundo exame de hemoglobina glicada realizado pelo beneficiário. A operadora deverá observar o correto preenchimento do CNS-Cartão Nacional de Saúde nas guias de SP/SADT, uma vez que as guias que não tiverem identificação do beneficiário pelo CNS serão desconsideradas para apuração do indicador.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2016) recomenda que exames de hemoglobina glicada (HbA1c) devam ser realizados pelo menos duas vezes ao ano por todos os pacientes diabéticos. Logo, o beneficiário diabético deve realizar ao menos 2 exames ao longo do ano-base de 2019. Para entender como se dá o cálculo do numerador deste indicador, é apresentado o exemplo a seguir:

Exemplo: Supondo uma operadora, com média de 60 beneficiários com idade entre 19 e 75 anos no ano-base avaliado (ex: 2021). A estimativa é que 6,7% destes beneficiários sejam diabéticos, ou seja, 4 beneficiários. A meta do indicador é apresentar taxa maior ou igual a 2 (dois) exames por beneficiário univocamente identificado no ano-base avaliado.

O somatório do numerador considera apenas os beneficiários que fizeram o 2º exame (que representa 2 exames ou mais no ano). O cálculo do numerador prevê o somatório dos exames de hemoglobina glicada realizados pelos beneficiários, univocamente identificados, que fizeram 2 ou mais exames, com idade ≥ 19 anos e ≤ 75 anos, realizados em regime ambulatorial, no período considerado.

Beneficiário	ago 2020	set 2020	out 2020	nov 2020	dez 2020	jan 2021	Fev 2021	mar 2021	abr 2021	mai 2021	jun 2021	jul 2021	ago 2021	set 2021	out 2021	nov 2021	dez 2021	jan 2022
A	x						X						-					
B								x						x				
C - Não diabético										x								
D - não diabético		x												x				
E					x						-						x	
F				x						-	x					-		

Legenda:

x	Exame de Hemoglobina Glicada realizado naquele mês
-	Exame de Hemoglobina Glicada recomendado, mas não realizado naquele mês

Beneficiário A: Não realizou o 2º exame recomendado no ano-base avaliado (ex: 2021). Logo, o exame deste beneficiário não será computado no numerador.

Beneficiário B: Realizou o 2º exame recomendado no ano-base avaliado. Logo, os 2 exames deste beneficiário serão considerados no numerador.

Beneficiários C e D: só realizaram 1 exame no ano-base avaliado, logo seus exames não serão computados no numerador.

Beneficiários E e F: deveriam ter realizado 2 exames ao longo do ano-base avaliado, mas só realizaram 1. Logo, nenhum exame destes beneficiários será considerado no numerador.

Portanto, o cálculo do indicador será:

Numerador = 2 exames realizados pelo beneficiário B

Denominador = 4 beneficiários diabéticos (A, B, E e F)

Resultado: $2/4 = 0,5$

Logo a nota no indicador, de acordo com a tabela de pontuação da ficha técnica, será:

$(0,5 - 0,2) / 1,80 = 0,1667$

O resultado do indicador não sofre influência cronológica, visto que o número de exames, que deve ser considerado, são apenas os exames dos beneficiários que fizeram pelo menos 2 exames.

Os beneficiários, que efetuarem apenas um exame no ano-base, não serão considerados no cálculo do numerador. Dada a periodicidade recomendada para execução de 2 exames ao ano, qualquer que seja o período de realização, haverá sempre 2 ao ano.

Exceção se faz ao caso do beneficiário diagnosticado a partir do 2º semestre. Neste caso, mesmo sendo diabético, o beneficiário só fará o 2º exame no ano seguinte, e não será computado no numerador do indicador. Entretanto, estima-se que este caso seja “compensado” pelos beneficiários que farão mais de 2 exames no ano-base avaliado.

57. Por que ao resultado do indicador 1.6, referente à Taxa de exames de Hemoglobina Glicada é aplicada a padronização direta por faixa etária?

Resposta: A padronização direta por faixa etária tem por objetivo eliminar a influência causada nos resultados do indicador, pela composição quantitativa diferenciada das faixas etárias da população de beneficiários de cada operadora.

Esclarece-se que, a pontuação do indicador é calculada somente após o cálculo do resultado padronizado do indicador.

1.7 Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Cárie

58. No IDSS, o fato de as operadoras informarem os procedimentos odontológicos no TISS em unidades diferentes (boca, região, dente, face etc.) afeta a pontuação do indicador 1.7 – Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – Cárie?

Resposta: Não. Por se tratar de uma proporção, a ocorrência de um maior número de repetições no numerador também se reflete no denominador, de modo que a variação decorrente da unidade adotada é amenizada no cálculo da razão do numerador pelo

denominador. Ademais, o critério de pontuação do indicador se baseia na mediana dessas proporções do setor, por grupo e porte, o que também minimiza eventuais variações oriundas do método de contagem.

1.8 Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Periodontia

59. Como é realizado o cálculo da idade do beneficiário para a apuração do indicador 1.8 Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – Periodontia?

Resposta: Para o cálculo do indicador, considera-se a idade do beneficiário na data de realização do procedimento. É utilizada a seguinte fórmula:

$$\text{TRUNC}(\text{MONTHS_BETWEEN}(\text{"DATA DE REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO"}, \text{"DATA DE NASCIMENTO DO BENEFICIÁRIO"})/12).$$

A fórmula acima executa os seguintes passos:

1º - Identifica quantos meses decorreram entre a data de realização do procedimento e a data de nascimento do beneficiário.

2º - O resultado é dividido por 12, a fim de calcular a idade do beneficiário em anos, na data de realização do procedimento. Destaca-se que, nesse momento, o cálculo considera todas as casas decimais.

3º - Na última parte é utilizada a função “TRUNC” - nesse momento, o IDSS desconsidera todas as casas decimais e fica somente com o número inteiro, sem realizar nenhum arredondamento.

Exemplo: se, ao final do passo 2, obtém-se o valor de "11,99731182795699 anos", no final do passo 3 será considerada a idade de "11 anos" para o beneficiário.

Indicador	Utiliza o CNS para Identificação Unívoca?	Faixa Etária/Idade considerada para o indicador	Observações/Exemplos (para o ano-base 2021)
1.8 Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – Periodontia. Fórmula: $\frac{(\text{Nº procedimentos preventivos em periodontia realizados em benef. } \geq 12 \text{ anos} \times 100)}{(\text{Total de procedimentos odontológicos realizados em beneficiários com 12 anos ou mais})}$	Não	idade maior ou igual a 12 anos	Serão considerados no cálculo todos os beneficiários ≥ 12 anos na data da realização do procedimento. Exemplo: beneficiário nasceu em 25/04/2009, e realizou o procedimento em 01/03/2021. Na data do evento contava com 11 anos, e não será considerado no cálculo do indicador.

60. No IDSS, o fato de as operadoras informarem os procedimentos odontológicos no TISS em unidades diferentes (boca, região, dente, face, etc.) afeta a pontuação do indicador 1.8 – Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – Periodontia?

Resposta: Não. Por se tratar de uma proporção, a ocorrência de um maior número de repetições no numerador também se reflete no denominador, de modo que a variação decorrente da unidade adotada é amenizada no cálculo da razão do numerador pelo denominador. Ademais, o critério de pontuação do indicador se baseia na mediana dessas proporções do setor por grupo e porte, o que também minimiza eventuais variações oriundas do método de contagem.

1.9 Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos

61. Como é realizado o cálculo da idade do beneficiário para a apuração do indicador 1.9 Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos?

Resposta: Para o cálculo do indicador, considera-se a idade do beneficiário na data de realização do procedimento. É utilizada a seguinte fórmula:

$$\text{TRUNC}(\text{MONTHS_BETWEEN}(\text{"DATA DE REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO"}, \text{"DATA DE NASCIMENTO DO BENEFICIÁRIO"})/12).$$

A fórmula acima executa os seguintes passos:

1º - Identifica quantos meses decorreram entre a data de realização do procedimento e a data de nascimento do beneficiário.

2º - O resultado é dividido por 12, a fim de calcular a idade do beneficiário em anos, na data de realização do procedimento. Destaca-se que, nesse momento, o cálculo considera todas as casas decimais.

3º - Na última parte é utilizada a função "TRUNC" - nesse momento, o IDSS desconsidera todas as casas decimais e fica somente com o número inteiro, sem realizar nenhum arredondamento.

Exemplo: se, ao final do passo 2, obtém-se o valor de "59,99731182795699 anos", no final do passo 3 será considerada a idade de "59 anos" para o beneficiário.

Indicador	Utiliza CNS para identificação Unívoca?	Faixa Etária/Idade considerada para o indicador	Observações/Exemplos (para o ano-base 2021)
1.9 Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos Fórmula:	N	idade igual ou maior que 60 anos	Serão considerados no cálculo todos os beneficiários ≥ 60 anos na data da consulta. Exemplo: consulta ocorreu em 01/03/2021, e beneficiário nasceu em 02/03/1961. Este evento não entra no

(Nº consultas ambulatoriais realizadas por Generalista em beneficiários com 60 anos ou mais) ÷ (Nº consultas ambulatoriais realizadas com outros especialistas em beneficiários com 60 anos ou mais)			cálculo, pois o beneficiário tinha 59,99 anos na data do evento (< 60 anos)
--	--	--	---

62. Por que o Denominador do indicador 1.9 do IDSS, referente à Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos, considera guias com CBO's não identificados?

Resposta: Para o indicador 1.9 são considerados todos os códigos da Tabela TUSS 24 (Terminologia do código brasileiro de ocupação (CBO)) do Padrão TISS, exceto o CBO 999999.

Desde maio de 2018 foi implementada uma crítica na entrada do dado que impede o envio do código 999999 para o CBO do executante, conforme descrito no componente Organizacional do Padrão TISS.

Para guias de consulta e SP/SADT, utilizadas em consulta, o preenchimento do CBO do prestador executante é obrigatório no envio dos dados do Padrão TISS à ANS. Caso a operadora envie essa informação com o código 999999 o lançamento será rejeitado, pois esse código só deve ser utilizado, na troca entre operadoras e prestadores, quando não for possível para o prestador executante obter o CBO do prestador solicitante.

63. Qual a diferença entre o indicador 1.9 - Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos e o indicador 2.2 – Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos?

Resposta: O indicador 1.9- Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos pretende induzir mais consultas com os generalistas que com os especialistas, para os idosos, objetivando o cuidado integral do idoso. As Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) propõem a realização de 4 consultas por usuário com 60 anos ou mais de idade por ano, o equivalente a 3 consultas de clínica médica e 1 consulta especializada.

Já o indicador 2.2 – Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos objetiva o acesso dos beneficiários idosos à consulta com seu médico generalista de referência, tendo como meta a realização de 2 consultas por ano.

1.10 Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças – Pontuação Base

64. No IDSS, minha Operadora não obteve a pontuação base de 0,10 prevista no IDQS – Índice de Desempenho da Dimensão Qualidade na Atenção à Saúde, mesmo tendo Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. Qual pode ter sido o motivo?

Motivo 1: A operadora só possui programas inscritos que não passaram pela aprovação da ANS. Somente programas aprovados têm direito à bonificação.

Motivo 2: A operadora não enviou o formulário de monitoramento devido, ou se este foi enviado, o mesmo não foi aprovado, ocasionando o descadastramento do programa.

65. Deve haver necessariamente cadastro de novo programa, no ano base de avaliação do IDSS, para efeito de aquisição da pontuação bônus?

Resposta: Não é necessário o cadastro de novo programa a cada ano para aquisição do bônus no IDSS, bastando que se cumpra a exigência anual do preenchimento dos formulários de monitoramento do programa outrora aprovado. O mesmo se aplica para os programas cadastrados e que tenham prazo indeterminado.

1.11 Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS

66. Para o indicador 1.11 Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS, como se dá a pontuação correspondente à participação em projetos de indução e à certificação em APS?

Resposta: Para o ano-base avaliado, são elegíveis à pontuação as operadoras que cumprirem os requisitos estabelecidos para os projetos Parto Adequado e projeto-piloto em APS e certificação em APS, vigentes atualmente.

O resultado final do IDQS, acrescido da pontuação base, não poderá ultrapassar o valor 1 (um). A pontuação base é limitada a 0,10 e não é cumulativa, independentemente do número de projetos de indução da qualidade ao qual a operadora participe.

Caso a operadora também seja certificada em APS, a pontuação base máxima será de até 0,30.

67. No IDSS, minha operadora não ganhou a pontuação base no indicador 1.11, referente à Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS. Quais podem ser os motivos?

Motivo: Não ter cumprido os requisitos para pontuação previstos na ficha técnica do indicador em um dos Projetos: (1) Parto Adequado e (2) Projeto Piloto em Atenção Primária em Saúde – APS, ou não ter obtido a Certificação em Atenção Primária à Saúde – APS, junto a uma Entidade Acreditadora em Saúde no ano-base avaliado. Os critérios para obtenção da pontuação estão definidos na ficha técnica do indicador.

68. No que consiste o Projeto Modelos de Remuneração Baseados em valor?

Resposta: Este projeto é uma estratégia que busca viabilizar a implementação efetiva de novos modelos de remuneração inovadores, centrados na perspectiva da melhoria da qualidade do cuidado em saúde e da sustentabilidade no âmbito da saúde suplementar, contribuindo para que o setor de saúde suplementar supere os desafios para a implementação de modelos alternativos ao *Fee For Service*. A iniciativa buscou identificar e selecionar as experiências apresentadas pelas operadoras de planos de saúde, em conjunto com seus prestadores de serviços de saúde, que já trabalhem ou que estejam implementando modelos de remuneração inovadores e baseados em valor, para que possam ser acompanhadas ao longo do seu desenvolvimento. Para isso foi publicado em agosto de 2019, no site da ANS, o edital de participação.

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.

69. Qual é o critério para pontuação de operadoras para o Indicador 1.12 - Participação no Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor?

Resposta: As operadoras, que serão consideradas para a pontuação-base de 0,10 na dimensão IDQS, serão as operadoras participantes no projeto piloto e que cumpriram todas as exigências estabelecidas, incluindo o envio de informações requisitadas relativas ao ano-base avaliado.

70. Minha operadora pontuou no indicador 1.12 - Participação no Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor relativo no ano-base anterior, pontuará no IDSS relativo ao ano-base avaliado?

Resposta: As operadoras, que serão consideradas para a pontuação no Indicador 1.12 para o Ano-Base avaliado, serão as operadoras que possuem projetos pilotos selecionados e que cumpriram todas as exigências estabelecidas, incluindo o envio de informações requisitadas relativas ao ano-base avaliado.

71. Quais os motivos para os projetos de Modelos de Remuneração Baseados em Valor apresentados não terem sido aprovados no Edital lançado em agosto de 2019?

Resposta: Os Projetos apresentados que não foram aprovados, apresentaram uma ou mais das situações descritas abaixo:

·Impossibilidade de identificação de indicadores que se relacionem à melhoria da qualidade da assistência prestada ao beneficiário e não somente às questões administrativas e de redução de custos; e/ou

·Não cumprimento de um ou mais dos critérios obrigatórios para aprovação, conforme o previsto no edital; e/ou

·Não encaminhamento de documentos que comprovem a concordância, por parte dos prestadores de serviços envolvidos, com os termos do Projeto apresentado pelas Operadoras.

72. Onde podem ser encontradas mais informações sobre o Projeto Modelos de Remuneração Baseados em Valor?

Resposta: As informações acerca do Projeto Modelos de Remuneração Baseados em Valor podem ser encontradas no portal da ANS, em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor>.

2 – Indicadores da Dimensão Garantia de Acesso – IDGA

2.1 Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário

73. Como é realizado o cálculo do indicador 2.1, referente à Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário?

Resposta: Este indicador é calculado em duas etapas. O resultado, indicado no quadro de pontuação, é calculado, primeiramente, a partir do resultado obtido entre a divisão da “quantidade de sessões de hemodiálise crônicas identificadas nas Guias TISS”, informada no campo “QUANTIDADE INFORMADA DE PROCEDIMENTOS OU ITENS ASSISTENCIAIS” de cada guia, pela “média de beneficiários da OPS em planos, que incluem a segmentação ambulatorial no ano-base avaliado”.

Operadoras com resultado maior ou igual a 0,062 seriam pontuadas com a nota máxima do indicador. Entretanto, há uma “penalidade” na pontuação para operadoras que atingem o resultado esperado via TISS, porém, apresentam alta utilização de hemodíalises no SUS. Nesta situação, a operadora receberia pontuação 0,9, ao invés da nota máxima do indicador.

Para calcular a Taxa de Utilização do SUS (TaxaH_Op), são necessárias várias etapas, já que este dado é oriundo das bases de dados do Ressarcimento ao SUS, para eventos de hemodiálise. É considerada uma alta utilização de hemodíalises no SUS valores maiores ou iguais a 0,006663.

74. Como é apurado o numerador da Taxa de Utilização de Hemodiálise no SUS do indicador 2.1, referente à Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário (numerador da fórmula: $TaxaH_{Op} = NUH/Benef$)?

Resposta: São considerados os atendimentos dos ABIs, que representam as competências lançadas no ano-base avaliado (exemplo: em 2021, os eventos notificados nos ABIs 85º, 86º, 87º e 88º).

Os códigos dos procedimentos de hemodiálise das APACS da Tabela de Procedimentos do SUS no SIGTAP- Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Grupo: Procedimentos Clínicos; Subgrupo: Tratamentos em Nefrologia; Forma de Organização: Tratamento Dialítico) são:

- ⇒ 0305010107 (Hemodiálise II – máximo de 3 sessões por semana);
- ⇒ 0305010115 (Hemodiálise em paciente com sorologia positiva para HIV e/ou hepatite B e/ou hepatite C (máximo 3 sessões por semana); e
- ⇒ 0305010204 (Hemodiálise Pediátrica – máximo 04 sessões por semana).

75. No indicador 2.1, referente à Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário, por qual razão é necessário fazer o tratamento, considerando a estimativa baseada no histórico de ressarcimento (ajuste da quantidade total de atendimentos de hemodiálise identificados no ano-base avaliado – numerador da fórmula: $TaxaH_Op = NUH/Benef$)?

Resposta: Em geral, considerando que as operadoras realizam impugnações e recursos dos atendimentos identificados e, conseqüentemente, uma parte dos atendimentos é deferida pela ANS após análise em 1ª ou 2ª instância, não seria correto considerar estes atendimentos em sua integralidade. Com isso, torna-se necessário realizar o ajuste do numerador da fórmula $TaxaH_Op = NUH/Benef$.

76. No indicador 2.1 do IDSS, referente à Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário, a estimativa de indeferimento das operadoras (ajuste do numerador -NUH- da fórmula: $TaxaH_Op = NUH/Benef$) será aplicada sobre a quantidade total de atendimentos identificados ao longo do ano-base avaliado?

Resposta: Não. O Índice de Indeferimento geral será aplicado apenas para os atendimentos impugnados pelas operadoras, independentemente do status de análise dos mesmos. Sendo assim, o numerador (NUH) será calculado através da soma de dois componentes (Atendimentos Não Impugnados + Atendimentos impugnados ajustados conforme taxa de indeferimento), sendo ambos referentes aos atendimentos de hemodiálise identificados dos ABIs incluídos no cálculo.

77. No indicador 2.1 do IDSS, referente à Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário, como é calculada a estimativa de indeferimento das operadoras, aplicada ao número de eventos de utilização de hemodiálise (Taxa de Indeferimento Geral – NUH)?

Resposta: Como se espera que parte dos eventos avisados em 2021 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 avaliado.

Exemplo: para o ano-base de 2021, a estimativa de indeferimentos considerou as taxas de indeferimento dos ABIs lançados nos anos de 2018 (ABI 67º, 69º, 71º e 73º), 2019 (74º, 75º, 76º, 77º, 78º e 79º) e 2020 (80º, 81º, 82º, 83º e 84º).

78. No indicador 2.1 do IDSS, referente à Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário, como é calculada a média de beneficiários das operadoras (denominador da fórmula – Benef)?

Resposta: Como a pontuação do indicador é composta por dois fatores, um que utiliza as sessões de hemodiálise identificadas no Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS, e outro que identifica as sessões de hemodiálise identificadas no ressarcimento ao SUS, o denominador Benef é calculado de forma distinta para cada fator:

- 1) Para o cálculo do denominador do indicador, o cálculo da Média de Beneficiários em planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado (Benef), é utilizada a média dos beneficiários por operadora no ano-base avaliado (SIB).
- 2) Para o cálculo do denominador da fórmula $TaxaH_Op = NUH/Benef$, é utilizado o ano de competência dos ABIs lançados ao longo do ano-base avaliado, considerando-se apenas os ABIs referentes aos últimos períodos de competências sucessivas (representando um ano de identificação). Exemplo: para 2021 foram considerados os ABIs 85º, 86º, 87º e 88º. Com isso, no denominador da fórmula, “Benef” é calculada a média dos beneficiários por operadora nas competências de 01/01/2020 a 31/12/2020.

79. Por que, ao resultado do indicador 2.1 do IDSS – Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário, é aplicada a padronização dos resultados direta por Faixa Etária e Bayes Empírico?

Resposta: A padronização direta por faixa etária tem por objetivo eliminar a influência causada no resultado do indicador, pela composição quantitativa diferenciada das faixas etárias da população de beneficiários de cada operadora.

O Método *Bayes Empírico* é utilizado para ajuste de pequenas populações. Consiste em ajustar a taxa de um evento, encontrada em cada operadora, pela taxa média de todas as operadoras para aquele evento em questão, considerando o número de beneficiários de cada operadora e a dispersão dos valores das taxas entre as operadoras.

Somente após o cálculo do resultado padronizado do indicador é que a pontuação do indicador é calculada.

2.2 Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idoso

80. Como é realizado o cálculo da idade do beneficiário para a apuração do indicador 2.2 Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idoso?

Resposta: Para o cálculo do indicador 2.2, considera-se a idade do beneficiário na data de realização do procedimento. É utilizada a seguinte fórmula:

$\text{TRUNC}(\text{MONTHS_BETWEEN}(\text{"DATA DE REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO"}, \text{"DATA DE NASCIMENTO DO BENEFICIÁRIO"})/12)$.

A fórmula acima executa os seguintes passos:

1º - Identifica quantos meses decorreram entre a data de realização do procedimento e a data de nascimento do beneficiário.

2º - O resultado é dividido por 12, a fim de calcular a idade do beneficiário em anos, na data de realização do procedimento. Destaca-se que, nesse momento, o cálculo considera todas as casas decimais.

3º - Na última parte é utilizada a função "TRUNC" - nesse momento, o IDSS desconsidera todas as casas decimais e fica somente com o número inteiro, sem realizar nenhum arredondamento.

Exemplo: se, ao final do passo 2, obtém-se o valor de "59,99731182795699 anos", no final do passo 3 será considerada a idade de "59 anos" para o beneficiário.

Indicador	Utiliza CNS para identificação Unívoca?	Faixa Etária/Idade considerada para o indicador	Observações/Exemplos
2.2 Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos Fórmula: (Total de consultas ambulatoriais com Generalista em beneficiários com 60 anos ou mais) ÷ (Média de Benef. com 60 anos ou mais em planos segmento ambulatorial)	Não	Idade igual ou maior que 60 anos	Serão considerados no cálculo todos os beneficiários ≥ 60 anos na data da consulta. Exemplo: consulta ocorreu em 01/03/2021, e beneficiário nasceu em 02/03/1961. Este evento não entra no cálculo, pois o beneficiário tinha 59,99 anos na data do evento (< 60 anos)

81. Minha Operadora obteve nota ZERO no indicador 2.2 do IDSS, referente ao número de consultas médicas ambulatoriais com generalista por idoso. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: Existem vários motivos para que um indicador tenha, como resultado final, a nota "zero". Os mais recorrentes são o envio de dados **após a data de corte**, e **inconsistências nos dados arquivos ou sistemas necessários para cálculo do indicador**.

Outro motivo são especialidades médicas utilizadas pelos beneficiários resultando em valor menor ou igual a 0,7.

Conforme exposto na Seção “Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações” da ficha técnica do indicador, as Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) propõem a realização de 4 consultas médicas por idoso com 60 anos ou mais de idade por ano, o equivalente a 3 consultas com generalistas e 1 consulta especializada. Para a composição do indicador, a consulta geriátrica foi utilizada junto com a consulta de clínica médica para se estimar as consultas com generalistas para idosos.

Tendo em consideração que o número de consultas médicas com generalistas ainda é pouco expressivo na saúde suplementar, a ANS propôs uma meta de 2 consultas com médico generalista para idosos.

A regra de pontuação do indicador penaliza, com pontuação zero (0), operadoras com resultado do indicador menor ou igual a 0,7.

82. Por que ao resultado do-indicador 2.2 do IDSS, referente à Taxa de consultas médicas ambulatoriais com generalista-é aplicada a padronização direta por sexo?

Resposta: A padronização direta por sexo-tem por objetivo eliminar a influência causada no resultado do indicador pela composição quantitativa diferenciada entre o sexo masculino e feminino da população de beneficiários de cada operadora.

Somente após o cálculo do resultado padronizado do indicador é que a pontuação do indicador é calculada.

2.3 Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas

83. Os dados utilizados pela ANS para o cálculo do Indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas, referem-se a alguma data específica?

Resposta: Sim. Os dados são coletados pela ANS na data de corte do Programa e representam a situação da operadora nesta data, considerando os dados do ano-base avaliado. Assim, qualquer alteração executada nos bancos de dados em data posterior à data de corte, mesmo que retroativa, não alterará o resultado encontrado.

84. Minha Operadora obteve resultado “0” (zero) para o indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas calculado. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: O resultado “0” (zero) é aplicado automaticamente quando a operadora apresenta “dados inconsistentes”, isto é, quando as informações fornecidas pela operadora e registradas nos bancos de dados da ANS não refletem adequadamente a

operação dos planos privados de assistência à saúde, seja por sua incongruência, seja por sua ausência. Esse resultado do indicador influencia a nota final da operadora.

Os Dados são considerados inconsistentes nas seguintes situações:

1- Operadora com 100% de planos com registro provisório, OU 100% registro provisório + planos SCPA + cancelados + transferidos
2- Operadora sem área de atuação (exclui operadora com 100% de planos antigos).
3- Operadora sem rede informada no RPS ou SCPA
4- Operadora não possui prestadores de Urgência e Emergência no RPS
5- A operadora não enviou dados do TISS, referentes a um ou mais meses do ano-base analisado
6- A operadora processou corretamente os arquivos, informando que não teve movimento no TISS no período analisado E, ao mesmo tempo, informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base
7- A operadora não teve lançamento incorporado no banco do TISS e não teve arquivos sem movimento processados no ano-base
8- Operadora possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não pertence ao segmento autogestão por RH
9- Operadoras com rede informada para seus produtos, mas em 100% dos casos, não há registro de CNES, na área de atuação informada no RPS
10- 100% dos prestadores classificados no campo "Natureza Jurídica" como Administração Direta
11- 100% prestadores de serviços de urgência e emergência 24 Horas, exclusivos do Sistema Único de Saúde – SUS
12- 100% de "Tipo de Guia 2 - SP/SADT não vinculada à internação" e "Caráter de Atendimento - eletivo" e/ou 100% de Tipo de Guia 3 - Resumo de internação" e "Caráter de Atendimento - eletivo"

85. Minha Operadora não teve calculado o indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas. Qual pode ter sido a razão?

Motivo: Operadora se enquadra em um ou mais critérios de exclusão estabelecido na ficha técnica do indicador. São eles:

- 1) 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;
- 2) Serão desconsiderados os produtos que operam exclusivamente com livre escolha de prestadores;
- 3) Serão desconsiderados os produtos de segmentação assistencial "Odontológico", exclusivamente;
- 4) As operadoras exclusivamente odontológicas e aquelas que operam exclusivamente pelo sistema de livre escolha, não terão avaliação neste indicador; e
- 5) Na segunda parcela do indicador, referente à "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 no Sistema de Registro de Produtos.

Neste caso, o resultado do indicador será “**não se aplica**” e não influenciará na nota final da operadora.

86. No indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas, para o cálculo da parte de “dispersão” do indicador será considerado cada produto da operadora separadamente?

Resposta: Não. Serão considerados os municípios dos prestadores de serviços de saúde, que disponibilizam o serviço de urgência e emergência 24 horas, vinculados à rede assistencial da operadora e não a cada produto separadamente. Desta forma, cada município onde a operadora atua, ou seja, que faz parte da área de atuação de seus produtos, só é contado uma vez.

87. No indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas, todos os produtos existentes no RPS são considerados no cálculo da parte de “dispersão” do Indicador?

Resposta: Não. São considerados os produtos com segmentação assistencial diferente de exclusivamente odontológica, classificados como Ativo e Ativo com comercialização suspensa, ressalvados os planos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que são excluídos, conforme Ficha técnica.

88. No indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas, para a identificação dos municípios da parte de “dispersão” do indicador, serão considerados todos os prestadores de serviços cadastrados no RPS?

Resposta: Não. São considerados para identificação dos municípios os prestadores cadastrados no RPS com marcação de Urgência e Emergência, onde há oferta do serviço pesquisado, que possuem o número do CNES preenchido e válido, desde que estejam localizados na área de atuação dos produtos.

Destacamos que também serão considerados como válidos os prestadores identificados na Tabela de Prestadores Ativos do CNES com o motivo de desativação preenchido, conforme lista abaixo:

MOTIVO DESATIVAÇÃO	DESCRIÇÃO
1	DESATIVADO TEMPORARIAMENTE PELA VIGILANCIA SANITARIA
2	DESATIVADO TEMPORARIAMENTE POR DECISAO JUDICIAL
3	DESATIVADO TEMPORARIAMENTE POR REFORMA
6	DESATIVADO PELO GESTOR POR DESATUALIZACAO CADASTRAL POR PERIODO SUPERIOR A 1 ANO
8	DESATIVADO AUTOMATICAMENTE POR NAO ATUALIZACAO CADASTRAL SUPERIOR A 6 MESES
9	ESTABELECIMENTO COM INCONSISTENCIAS NO SCNES DA SES/SMS
14	DESATIVADO PELO GESTOR POR INCONSISTENCIA DE DADOS NA TRANSMISSAO DIRETA

89. No indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas, para a identificação dos municípios da parte de “dispersão” do indicador, serão considerados todos os prestadores de serviços cadastrados no CNES que apresentem disponibilidade do serviço pesquisado?

Resposta: Não. Serão excluídos do cálculo os prestadores classificados como da Administração Direta, conforme descrito na Ficha Técnica dos indicadores, aqueles que prestem serviço exclusivamente SUS e aqueles cuja combinação do número do CNES e o Município não sejam compatíveis com os informados no RPS.

90. Para fins de cálculo do IDSS, como identifico no CNES os prestadores que devem ser excluídos do cálculo da parte de “dispersão” do Indicador 2.3, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas, por serem da Administração Direta?

Resposta: A operadora deve verificar os estabelecimentos classificados no campo “Natureza Jurídica”, conforme tabela abaixo:

1000	Administração pública
1015	Órgão Público do Poder Executivo Federal
1023	Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Órgão Público do Poder Executivo Municipal
1040	Órgão Público do Poder Legislativo Federal
1058	Órgão Público do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Órgão Público do Poder Legislativo Municipal
1074	Órgão Público do Poder Judiciário Federal
1082	Órgão Público do Poder Judiciário Estadual
1201	Fundo público
1210	Consortio Público de Direito Público (Associação Pública)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Município
5029	Representação Diplomática Estrangeira
5037	Outras Instituições Extraterritoriais

91. No IDSS, como é calculada a parte de “dispersão” do Indicador 2.3, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas?

Resposta: A parte de “dispersão” corresponde a 50% do valor do indicador. Representa uma proporção: dentre os municípios nos quais a operadora atua (obtidos pela área de atuação indicada em seus produtos e pela disponibilidade de serviços de urgência e emergência do CNES), verifica-se quais municípios a operadora disponibiliza em sua rede (registrada no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS).

A fórmula da parte de dispersão desse indicador é: Nº de municípios com disponibilidade de serviços de Urgência e Emergência 24 Horas / Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial x 100.

São considerados no numerador “Municípios com Disponibilidade de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas” a quantidade de municípios indicados na área de atuação dos produtos com serviços de urgência e emergência informados na rede assistencial da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS. Para os produtos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF.

No cálculo do denominador serão considerados apenas os municípios que apresentam disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24 Horas não exclusivos do Sistema

Único de Saúde - SUS, segundo a informação contida no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS.

Convém ressaltar que, conforme disposto nas fichas técnicas, os municípios que não possuem disponibilidade dos serviços pesquisados, segundo o CNES, são excluídos do denominador.

92. No IDSS, o indicador 2.3, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas, por que a ANS não considera no cálculo da parte de “dispersão” do indicador a concentração de beneficiários?

Resposta: Porque a ANS entende que a dispersão de rede assistencial deve ter correlação com a área, onde a operadora assume a obrigação contratual de cobertura assistencial, não apenas onde a operadora concentra seus beneficiários.

93. Com relação ao IDSS, a ANS disponibiliza as informações extraídas do CNES para o cálculo do Indicador 2.3, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas?

Resposta: A planilha com os dados de serviços por município, segundo o CNES, encontra-se disponível para consulta na área específica do Programa de Qualificação, logo após a operadora entrar com seu login e senha. Esta planilha foi elaborada respeitando os critérios dispostos nas fichas técnicas dos indicadores.

94. A atualização da Região de Atuação do DIOPS tem impacto no cálculo do Indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas?

Resposta: Não. O Indicador de Acesso a Urgência e Emergência 24 Horas considera, em seu cálculo, a informação relativa à Área de Atuação do plano de saúde registrado pela operadora junto a ANS. Esta informação está descrita no Anexo II da RN 543, de 2 de setembro de 2022 (anterior RN nº 85/2004), no item 5, como segue:

"5. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO

5.1 A Operadora deverá indicar os municípios ou estados de cobertura assistencial do Plano, de acordo com a ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA adotada acima, à exceção da nacional."

Portanto, a atualização da informação da Região de Atuação existente no DIOPS alterará a Área de Atuação no RPS.

Ressalte-se, conforme artigo 22 da RN 543, de 2 de setembro de 2022 (anterior RN nº 85/2004), que só é possível alterar as características Nome Comercial e a Rede Hospitalar do Plano. Portanto, a operadora não poderá alterar a Área de Atuação dos planos.

95. Quais bases são consideradas no cálculo do indicador 2.3 Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas do IDSS?

Resposta: São consideradas a base do Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS, a do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS, na data de corte estabelecida para o Programa.

Na base do RPS, tanto para a parcela de dispersão, quanto de utilização do indicador 2.3, são considerados todos os estabelecimentos que estiveram vinculados à operadora durante o ano-base, mesmo que só por 1 dia. Assim, para que o estabelecimento seja contabilizado a data de início de vínculo com a operadora deve ser anterior ao ano-base avaliado e a data de término de vínculo com a operadora deve ser posterior ao ano-base avaliado.

Na base do CNES, tanto para a parcela de dispersão, quanto de utilização do indicador 2.3, são considerados todos os estabelecimentos que foram cadastrados no CNES até o último dia do ano-base. Para que o estabelecimento seja contabilizado, a data de início de competência deve ser anterior a 31/12 do ano-base avaliado.

96. Como verifico a disponibilidade do serviço pesquisado no indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas, a partir da informação do CNES?

Resposta: Consulte o item Disponibilidade de Serviços de Urgência e Emergência na Ficha Técnica do indicador. A ANS também disponibiliza em seu site planilha com os dados de serviços por município, segundo o CNES. Está disponível para consulta na área específica do Programa de Qualificação, logo após a operadora entrar com seu login e senha.

97. No indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas, como é calculada a parte de “utilização” dos Indicadores de Acesso à Urgência e Emergência?

Resposta: A parte de “utilização” corresponde a 50% do valor do indicador. Representa uma proporção: dentre os estabelecimentos de urgência/emergência 24 Horas na área de atuação dos produtos, que foram efetivamente utilizados pelos beneficiários da operadora, quantos estão cadastrados no RPS.

A fórmula da parte de “utilização” desse indicador é: $\text{Nº de estabelecimentos de urgência/emergência cadastrados na rede assistencial dos planos e utilizados pelos beneficiários da operadora} \div \text{Nº de estabelecimentos de urgência/emergência utilizados pelos beneficiários da operadora}$.

São considerados no numerador - “Estabelecimentos de urgência/emergência cadastrados na rede assistencial dos planos e utilizados pelos beneficiários da operadora” - os prestadores classificados 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 efetivamente utilizados pelos beneficiários, conforme o Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar - TISS.

São considerados no denominador - “Estabelecimentos de urgência/emergência utilizados pelos beneficiários da operadora” - os 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, informados no TISS em decorrência da sua utilização pelos beneficiários da operadora.

No cálculo desse denominador serão considerados, inclusive, estabelecimentos que não estejam vinculados à rede assistencial da própria operadora, em atendimento às disposições da RN 259/2011.

98. Com relação ao IDSS, como identificar no Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS, os estabelecimentos de urgência e emergência que serão considerados no cálculo do indicador 2.3, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas?

Resposta: São 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”, e que atendam aos critérios descritos na ficha, quanto à caracterização do estabelecimento no CNES.

Além disso, os prestadores envolvidos em atendimentos com “Origem de Guia 4 – Reembolso”, “Tipo de Guia 2 - SP/SADT não vinculado a internação” e “Caráter de Atendimento - urgência/emergência”, são 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.

Serão considerados, também, os prestadores envolvidos em atendimentos com “Origem de Guia 4 – Reembolso”, “Tipo de Guia 3 - Resumo de internação” e “Caráter de Atendimento - urgência/emergência”, quando não houver indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para internação no plano no Sistema de Registro de Produtos - RPS.

Considera-se a informação do município que consta do CNES e não aquele informado no TISS.

99. No indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas, como será verificado no Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS, se o prestador está na rede assistencial da operadora no RPS?

Resposta: O batimento das informações levará em consideração o número do CNPJ do prestador.

100. No indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas, na parte de utilização, quais prestadores são elegíveis, considerando o intervalo de corte para o cálculo do indicador?

Resposta: São consideradas as informações de todos os prestadores de serviços de urgência e emergência 24 Horas, que compuseram a rede assistencial da operadora utilizada e/ou cadastrada, no período de 12 meses do ano-base avaliado e que atendam aos critérios descritos na ficha, quanto à caracterização do estabelecimento no CNES.

101. A atualização das informações do SIP tem impacto no cálculo do Indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas?

Resposta: Não. O Indicador de Acesso a Urgência e Emergência 24 Horas não considera, em seu cálculo, as informações relativas à produção de assistência.

102. Considerando que o indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas, é combinado (dispersão x utilização), caso não seja possível calcular uma das partes ainda assim poderá ser obtido resultado da outra parte?

Resposta: Não. Apesar de matematicamente não haver óbice, optou-se pela apuração do resultado do indicador apenas quando o cálculo da fórmula for realizado na íntegra.

2.4 Taxa de Primeira Consulta ao Dentista por Beneficiário por Ano

103. Qual o objetivo do indicador 2.4 - Taxa de Primeira Consulta ao Dentista no ano por Beneficiário?

Resposta: O indicador “2.4 - Taxa de Primeira Consulta ao Dentista no ano por Beneficiário” visa calcular o número médio de primeiras consultas odontológicas por beneficiário da operadora no ano-base avaliado, indicando o acesso ao tratamento odontológico. O ideal é que cada beneficiário, com 2 anos ou mais de idade, faça uma consulta anual com dentista. No entanto, considerando a necessidade de busca ativa desses pacientes, a alta rotatividade dos beneficiários em planos odontológicos, a operadora que atingir 50% do ideal, ou seja, um resultado igual ou superior a 0,5 primeira consulta odontológica por beneficiário univocamente identificado, recebe nota máxima no indicador.

104. Como é realizado o cálculo da idade do beneficiário para a apuração do indicador 2.4 - Taxa de Primeira Consulta ao Dentista no ano por Beneficiário?

Resposta: Para o cálculo do indicador, considera-se a idade do beneficiário na data de realização do procedimento. É utilizada a seguinte fórmula:

TRUNC (MONTHS_BETWEEN("DATA DE REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO", "DATA DE NASCIMENTO DO BENEFICIÁRIO")/12).

A fórmula acima executa os seguintes passos:

1º - Identifica quantos meses decorreram entre a data de realização do procedimento e a data de nascimento do beneficiário.

2º - O resultado é dividido por 12, a fim de calcular a idade do beneficiário em anos, na data de realização do procedimento. Destaca-se que, nesse momento, o cálculo considera todas as casas decimais.

3º - Na última parte é utilizada a função "TRUNC" - nesse momento, o IDSS desconsidera todas as casas decimais e fica somente com o número inteiro, sem realizar nenhum arredondamento.

Exemplo: se, ao final do passo 2, obtém-se o valor de "1,99731182795699 anos", no final do passo 3 será considerada a idade de "1 ano" para o beneficiário.

Indicador	Utiliza CNS para Identificação Unívoca?	Faixa Etária/Idade considerada para o indicador	Observações/Exemplos (ano-base 2021)
2.4 Taxa de Primeira Consulta ao Dentista no ano por Beneficiário. Fórmula: (Nº total de primeira consulta ao dentista no ano em benef. univocamente identificado com dois anos ou mais de idade) ÷ (Média de Benef. em planos com segmento OD, com 2 anos ou mais)	Sim	Idade ≥ 2 anos	Serão considerados no cálculo todos os beneficiários ≥ 2 anos na data da consulta. Exemplo: criança nasceu em 20/01/2019, realiza primeira consulta com dentista em 21/01/2021, nessa data, a criança tem 24 meses (2 anos e 1 dia, ou exatamente 24,0322 meses), sendo, portanto, considerada no cálculo

2.5 Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica

105. Os dados utilizados pela ANS para o cálculo do indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, referem-se a alguma data específica?

Resposta: Sim. Os dados foram coletados pela ANS na data de corte do Programa e representam a situação da operadora nesta data, considerando os dados do ano-base avaliado. Assim, qualquer alteração executada nos bancos de dados em data posterior à data de corte, mesmo que retroativa, não alterará o resultado encontrado.

106. Minha Operadora não teve calculado o indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica. Qual pode ter sido a razão?

Motivo: Operadora se enquadra em um ou mais critérios de exclusão estabelecidos na ficha técnica do indicador. São eles:

- 1) 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;

- 2) Serão desconsiderados os produtos que operam exclusivamente com livre escolha de prestadores;
- 3) Serão desconsideradas as operadoras que não possuem 100% dos planos com segmentação exclusivamente odontológica;
- 4) Na segunda parcela do indicador, referente à “utilização” do método de cálculo, serão desconsiderados como prestadores **ODONTOLÓGICOS** aqueles que apresentem todos os atendimentos com “Tipo de Guia 4 – Tratamento Odontológico” e “Origem de Guia 4 – Reembolso”, desde que haja indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para consultas odontológicas e/ou exames odontológicos complementares e/ou prevenção odontológica e/ou periodontia e/ou dentística e/ou endodontia e/ou cirurgia odontológica ambulatorial e/ou procedimentos não pertencentes ao Rol Odontológico no Sistema de Registro de Produtos.

Neste caso, o resultado do indicador será “não se aplica” e não influenciará na nota final da operadora.

107. Minha Operadora obteve resultado “0” (zero) para o indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: O resultado “0” (zero) é aplicado automaticamente quando a operadora apresenta “dados inconsistentes”, ou seja, as informações fornecidas pela operadora e constantes nos bancos de dados da ANS não refletem adequadamente a operação dos planos privados de assistência à saúde, pois são incongruentes ou faltantes. Esse resultado do indicador influencia a nota final da operadora. Os motivos que geram dados inconsistentes são os seguintes:

Operadora com 100% de planos com registro provisório OU 100% registro provisório + planos SCPA + cancelados + transferidos
Operadora sem área de atuação (exclui operadora com 100% de planos antigos).
Operadora sem rede informada no RPS
Não possui “demais estabelecimentos” ou “serviço de alta complexidade” cadastrados na rede do RPS.
A operadora não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base
A operadora processou corretamente arquivos, informando que não teve movimento no TISS no período analisado E, ao mesmo tempo, Informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base
A operadora não teve lançamento incorporado no banco do TISS TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base
Operadora possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não é autogestão por RH
Operadoras com rede informada, mas 100% sem CNES na área de atuação informada no RPS
100% prestadores classificados no campo “Natureza Jurídica” como Administração Direta
100% prestadores com serviços de “Cirurgião-Dentista” ou “Equipo Odontológico” ou “Raio X Dentário” exclusivos do Sistema Único de Saúde – SUS
Não possui “Tipo de Guia 4 – Tratamento Odontológicos”

108. No indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, para o cálculo da parte de “dispersão” do Indicador será considerado cada produto da operadora separadamente?

Resposta: Não. Serão considerados os municípios dos prestadores odontológicos, que disponibilizam os serviços pesquisados, vinculados à rede assistencial da operadora e não a cada produto separadamente. Desta forma, cada município onde a operadora atua, ou seja, que faz parte da área de atuação de seus produtos, só é contado uma vez.

109. No indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, todos os produtos existentes no RPS são considerados no cálculo da parte de “dispersão” do Indicador?

Resposta: Não. São considerados apenas os produtos com segmentação exclusivamente odontológica, classificados como Ativo e Ativo com comercialização suspensa, ressalvados os planos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que são excluídos, conforme Ficha Técnica.

110. No indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, para identificação dos municípios da parte de “dispersão” do Indicador serão considerados todos os prestadores de serviços cadastrados no RPS?

Resposta: Não. São considerados para identificação dos municípios os prestadores cadastrados no RPS onde há oferta dos serviços pesquisados, que possuem o número do CNES preenchido e válido, desde que estejam localizados na área de atuação dos produtos.

Destacamos que também serão considerados como válidos os prestadores identificados na Tabela de Prestadores Ativos do CNES com o motivo de desativação preenchido, conforme lista abaixo:

MOTIVO DESATIVAÇÃO	DESCRIÇÃO
1	DESATIVADO TEMPORARIAMENTE PELA VIGILANCIA SANITARIA
2	DESATIVADO TEMPORARIAMENTE POR DECISAO JUDICIAL
3	DESATIVADO TEMPORARIAMENTE POR REFORMA
6	DESATIVADO PELO GESTOR POR DESATUALIZACAO CADASTRAL POR PERIODO SUPERIOR A 1 ANO
8	DESATIVADO AUTOMATICAMENTE POR NAO ATUALIZACAO CADASTRAL SUPERIOR A 6 MESES
9	ESTABELECIMENTO COM INCONSISTÊNCIAS NO SCNES DA SES/SMS
14	DESATIVADO PELO GESTOR POR INCONSISTÊNCIA DE DADOS NA TRANSMISSÃO DIRETA

111. No indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, para identificação dos municípios da parte de “dispersão” do Indicador serão considerados todos os prestadores de serviços cadastrados no CNES que apresentem disponibilidade do serviço pesquisado?

Resposta: Não. Serão excluídos do cálculo os prestadores classificados como da Administração Direta, conforme descrito na Ficha Técnica dos indicadores, aqueles que prestem serviço exclusivamente SUS e aqueles cuja combinação do número do CNES e o Município não sejam compatíveis com os informados no RPS.

112. Para fins de cálculo do IDSS, como identifico no CNES os prestadores que devem ser excluídos do cálculo da parte de “dispersão” do Indicador de Acesso ao Dentista por serem da Administração Direta?

Resposta: A operadora deve verificar os estabelecimentos classificados no campo “Natureza Jurídica”, conforme tabela a seguir:

1000	Administração pública
1015	Órgão Público do Poder Executivo Federal
1023	Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Órgão Público do Poder Executivo Municipal
1040	Órgão Público do Poder Legislativo Federal
1058	Órgão Público do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Órgão Público do Poder Legislativo Municipal
1074	Órgão Público do Poder Judiciário Federal
1082	Órgão Público do Poder Judiciário Estadual
1201	Fundo público
1210	Consortio Público de Direito Público (Associação Pública)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Município
5029	Representação Diplomática Estrangeira
5037	Outras Instituições Extraterritoriais

113. No indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, como é calculada a parte de “dispersão” do Indicador?

Resposta: A parte de “dispersão” corresponde à 50% do valor do indicador. Representa uma proporção: dentre os municípios nos quais a operadora atua (obtidos pela área de atuação indicada em seus produtos e pela disponibilidade de estabelecimentos odontológicos do CNES), verifica-se quais municípios a operadora disponibiliza em sua rede (registrada no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS).

A fórmula da parte de “dispersão” desse indicador é: $\text{Nº de municípios com disponibilidade de prestadores odontológicos} / \text{Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial odontológica} \times 100$

São considerados no numerador “Municípios com Disponibilidade de Prestadores Odontológicos” os municípios indicados na área de atuação dos produtos com disponibilidade de “Cirurgião-Dentista” ou “Equipo Odontológico” ou “Raio X Dentário”, conforme a rede assistencial informada pela operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS. Para os produtos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF.

No cálculo do denominador são considerados apenas os municípios que apresentam prestadores odontológicos com disponibilidade de “Cirurgião-Dentista” ou “Equipo Odontológico” ou “Raio X Dentário” não exclusivos do SUS, segundo a informação contida no CNES/DATASUS.

Convém ressaltar que, conforme disposto nas fichas técnicas, os municípios que não possuem disponibilidade dos serviços pesquisados, segundo o CNES, são excluídos do denominador.

114. No indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, como é calculada a parte de “utilização” do Indicador?

Resposta: A parte de “utilização” corresponde à 50% do valor do indicador. Representa uma proporção: dentre estabelecimentos odontológicos na área de atuação dos produtos que foram efetivamente utilizados pelos beneficiários da operadora, quantos estão cadastrados no RPS.

A fórmula da parte de “utilização” desse indicador é: Nº de estabelecimentos odontológicos cadastrados na rede assistencial dos planos e utilizados pelos beneficiários da operadora / Nº de estabelecimentos odontológicos utilizados pelos beneficiários da operadora.

São considerados no numerador “Estabelecimentos odontológicos cadastrados na rede assistencial dos planos e utilizados pelos beneficiários da operadora” os prestadores odontológicos classificados como “demais estabelecimentos” ou “serviço de alta complexidade”, identificados segundo os mesmos critérios adotados pela parte de “dispersão” quanto ao CNES, localizados na área de atuação dos produtos conforme rede da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS e efetivamente utilizados pelos beneficiários, conforme o Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar – TISS.

São considerados no denominador “Estabelecimentos odontológicos utilizados pelos beneficiários da operadora” os prestadores odontológicos, identificados 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, informados no TISS em decorrência da sua utilização pelos beneficiários da operadora. No cálculo desse denominador serão considerados, inclusive, estabelecimentos que não estejam vinculados à rede assistencial da própria operadora, em atendimento às disposições da RN 259/2011.

115. No indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, como identificar no Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS os prestadores odontológicos que serão considerados no cálculo do indicador?

Resposta: Serão considerados como prestadores odontológicos aqueles que apresentem atendimentos em “Tipo de Guia 4 – Tratamento Odontológico” e que atendam aos critérios descritos na ficha quanto à caracterização do estabelecimento no CNES.

116. No indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, como será verificado no Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS, se o prestador está na rede assistencial da operadora no RPS?

Resposta: O batimento das informações levará em consideração o número do CNPJ/CPF do prestador.

117. Na parte de “utilização” do indicador, quais prestadores são elegíveis, considerando o intervalo de corte para o cálculo do indicador 2.5, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica?

Resposta: São consideradas os equipos odontológicos, cirurgião-dentista e Raio-X dentário. São considerados os prestadores informados na guia tipo 4 do TISS, que também atendem os critérios do CNES, sendo que, para a parte “utilização” é aplicado o mesmo filtro, referente ao CNES utilizado na parte de “dispersão”.

São considerados, ainda, os prestadores envolvidos em atendimentos com “Origem de Guia 4 – Reembolso” e “Tipo de Guia 4 – Tratamentos Odontológicos”, quando não houver indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para consultas odontológicas e/ou exames odontológicos complementares e/ou prevenção odontológica e/ou periodontia e/ou dentística e/ou endodontia e/ou cirurgia odontológica ambulatorial e/ou procedimentos não pertencentes ao Rol Odontológico no Sistema de Registro de Produtos – RPS.

Considera-se a informação do município que consta do CNES e não aquele informado no TISS.

118. No indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, por que a ANS não considera no cálculo da parte de “dispersão” a concentração de beneficiários?

Resposta: Porque a ANS entende que a dispersão de rede assistencial deve ter correlação com a área onde a operadora assume a obrigação contratual de cobertura assistencial, não apenas onde a operadora concentra seus beneficiários.

119. A atualização da Região de Atuação do DIOPS tem impacto no cálculo do 2.5 do IDSS, referente ao Indicador Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica?

Resposta: Não. O indicador Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica considera em seu cálculo a informação relativa à Área de Atuação do plano de saúde registrado pela operadora junto a ANS. Esta informação está descrita no Anexo II da RN 543, de 2 de setembro de 2022 (anterior RN nº 85/ 2004), no item 5, como segue:

"5. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO

5.1 A Operadora deverá indicar os municípios ou estados de cobertura assistencial do Plano, de acordo com a ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA adotada acima, à exceção da nacional."

Portanto, a atualização da informação da Região de Atuação existente no DIOPS não alterará a Área de Atuação no RPS.

Ressalte-se, conforme artigo 22 da RN 543, de 2 de setembro de 2022 (anterior RN nº 85/2004), que só é possível alterar as características Nome Comercial e a Rede Hospitalar do Plano. Portanto, a operadora não poderá alterar a Área de Atuação dos planos.

120. A atualização das informações do SIP tem impacto no cálculo do Indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica?

Resposta: Não. O Indicador Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica não considera em seu cálculo as informações relativas à produção de assistência.

121. Quais bases são consideradas no cálculo do Indicador 2.5 Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica do IDSS?

Resposta: São consideradas a base do Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS, a do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS, na data de corte do Programa.

Na base do RPS, tanto para a parcela de dispersão, quanto de utilização do indicador 2.5, são considerados todos os estabelecimentos que estiveram vinculados à operadora durante o ano-base, mesmo que só por 1 dia. Assim, para que o estabelecimento seja contabilizado a data de início de vínculo com a operadora deve ser anterior ao ano-base avaliado e a data de término de vínculo com a operadora deve ser posterior ao ano-base avaliado.

Na base do CNES, tanto para a parcela de dispersão, quanto de utilização do indicador 2.5, são considerados todos os estabelecimentos que foram cadastrados no CNES até o último dia do ano-base. Para que o estabelecimento seja contabilizado, a data de início de competência deve ser anterior a 31/12 do ano-base avaliado.

122. Para fins de cálculo do IDSS, como verifico a disponibilidade do serviço pesquisado a partir da informação do CNES?

Resposta: Consulte o item Disponibilidade de Prestadores Odontológicos na Ficha Técnica do indicador. A ANS também disponibiliza em seu site planilha com os dados de serviços por município, segundo o CNES. Está disponível para consulta na área específica do Programa de Qualificação, logo após a operadora entrar com seu *login* e senha.

123. Considerando que o indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, é um indicador combinado (dispersão x utilização), caso não seja possível calcular uma das partes ainda assim poderá ser obtido resultado da outra parte?

Resposta: Não. Apesar de matematicamente não haver óbice, optou-se pela apuração do resultado do indicador apenas quando o cálculo da fórmula for realizado na íntegra.

124. A ANS disponibiliza as informações extraídas do CNES para o cálculo do Indicador de Acesso ao Dentista no IDSS?

Resposta: A planilha com os dados de serviços por município, segundo o CNES, encontra-se disponível para consulta na área específica do Programa de Qualificação, logo após a operadora entrar com seu *login* e senha. Esta planilha foi elaborada respeitando os critérios dispostos nas fichas técnicas dos indicadores.

2.6 Frequência de Utilização de Redes de Hospitais com Atributo de Qualidade

125. Como a ANS coleta a informação de cada atributo de qualidade do QUALISS, previstos na ficha técnica do indicador 2.6 do IDSS, referente à Frequência de Utilização de Redes de Hospitais com Atributo de Qualidade?

Resposta: O atributo previsto para cálculo do indicador é:

Rede	Atributo de Qualidade	Ícone	Legenda
Hospitais	Acreditação	A	Programa de Acreditação

A origem das informações do QUALISS são as seguintes:

- ✓ Acreditação – informações enviadas pelas acreditadoras para ANS (via webservice, e que alimentam diretamente o sistema buscador do QUALISS disponível no Portal da ANS);

Será considerado para cálculo deste indicador o atributo de qualidade que estiver válido, por pelo menos 180 dias, no ano-base do IDSS avaliado.

126. No cálculo do indicador 2.6 do IDSS serão considerados todos os prestadores informados pelas operadoras nas guias TISS?

Resposta: Não. Serão considerados apenas os prestadores de serviços de saúde da rede da Operadora, que tenham cadastro no CNES como Hospital Geral, Hospital Especializado ou Pronto Socorro, e que estejam com cadastro ativo no RPS.

127. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 2.6 Qualidade de Hospitais?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

No caso deste indicador, durante o processamento do ano-base 2021, foi acrescida a crítica de prioridade 6, e consequente alteração da prioridade das críticas subsequentes, conforme tabela a seguir:

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS só possui plano com segmentação exclusivamente ambulatorial e beneficiários em plano referência = zero	1	Não se aplica (não é calculado)
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	2	Não se aplica (não é calculado)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	3	Inconsistente (nota zero)
A OPS possui somente planos antigos ativos	4	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base	5	Não se aplica (não é calculado)
OPS MH possui média de beneficiários = zero na segmentação hospitalar e/ou hospitalar com obstetrícia no SIB	6	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	7	Inconsistente (nota zero)
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	8	Inconsistente (nota zero)
OPS exclusivamente odontológica	9	Não se aplica (não é calculado)
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	10	Não se aplica (não é calculado)
OPS possui média de beneficiários > 0 no SIB para a segmentação hospitalar no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 3	11	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação hospitalar e/ou hospitalar com obstetrícia e informou atendimentos em tipo de guia = 3	12	Inconsistente (nota zero)
OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência. Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.	13	Inconsistente (nota zero)
Os prestadores de serviços de saúde informados na guia TISS não foram encontrados no RPS	14	Inconsistente (nota zero)

2.7 Frequência de Utilização de Redes de SADT com Atributo de Qualidade

128. Como a ANS coleta a informação de cada atributo de qualidade do QUALISS, previstos na ficha técnica do indicador 2.7 do IDSS, referente à Frequência de Utilização de Redes de SADT com Atributo de Qualidade?

Resposta: O atributo previsto para cálculo do indicador é:

Rede	Atributo de Qualidade	Ícone	Legenda
SADT	Acreditação	A	Programa de Acreditação

A origem das informações do QUALISS são as seguintes:

- ✓ Acreditação – informações enviadas pelas acreditadoras para ANS (via webservice, e que alimentam diretamente o sistema buscador do QUALISS disponível no Portal da ANS);

Será considerado para cálculo deste indicador o atributo de qualidade que estiver válido, por pelo menos 180 dias, no ano-base do IDSS avaliado.

27. No cálculo do indicador 2.7 do IDSS serão considerados todos os prestadores informados pelas operadoras nas guias TISS?

Resposta: Não. Serão considerados apenas os prestadores de serviços de saúde da rede da Operadora, que tenham cadastro no CNES como Serviço de Apoio à Diagnose e Terapias - SADT e que estejam com cadastro ativo no RPS.

2.8 Índice de Efetiva Comercialização de Planos Individuais

129. Qual o objetivo do indicador 2.8, relativo ao Índice de Efetiva Comercialização de Planos Individuais?

Resposta: O presente indicador visa bonificar as operadoras que aferiram crescimento de beneficiários titulares na carteira de planos individuais regulamentados de acordo com as metas estabelecidas na ficha técnica do indicador. O crescimento da carteira de beneficiários é obtido pela fórmula: $(N^{\circ} \text{ de beneficiários titulares em planos individuais}_{\text{ano}} - N^{\circ} \text{ de beneficiários titulares em planos individuais}_{\text{ano-1}}) / N^{\circ} \text{ de beneficiários titulares em planos individuais}_{\text{ano-1}}$. É importante destacar que, como se trata da aferição da inclusão de beneficiários titulares, somente os planos ativos serão considerados no cálculo do indicador.

130. Minha Operadora não teve um crescimento significativo de Beneficiários Titulares na Carteira de Planos Individuais regulamentados. Como o indicador 2.8, relativo ao Índice de Efetiva Comercialização de Planos Individuais, afetará o IDSS?

Resposta: O indicador 2.8, relativo ao Índice de Efetiva Comercialização de Planos Individuais, é um bônus que aumenta em até 10% a nota da dimensão IDGA, caso a operadora apresente crescimento de Beneficiários Titulares na Carteira de Planos Individuais regulamentados de acordo com os parâmetros estabelecidos na Ficha Técnica do indicador. Assim, como se trata de um bônus na dimensão IDGA, a operadora não será prejudicada caso o seu crescimento de beneficiários titulares na carteira de planos individuais regulamentados não seja significativo.

131. Minha Operadora obteve o bônus do indicador 2.8, relativo ao Índice de Efetiva Comercialização de Planos Individuais, porém este bônus foi inferior a 10%. Qual o motivo?

Resposta: Conforme estabelecido na ficha técnica do indicador 2.8, relativo ao Índice de Efetiva Comercialização de Planos Individuais, a meta é atingir um crescimento da carteira de beneficiários titulares em planos individuais regulamentados de:

- Para Operadoras exclusivamente médico-hospitalares (MH): 1,5% ao ano
- Para Operadoras exclusivamente odontológicas (OD): 4,0% ao ano

Entretanto, conforme estabelecido na tabela de pontuação do indicador, caso seja verificado um crescimento inferior à meta do indicador, porém, superior à metade da meta, será atribuído um bônus escalonado à operadora e esse bônus será inferior ao limite de 10% estabelecido.

- Para Operadoras MH que operam planos exclusivamente odontológicos, a meta é mesma estabelecida para as carteiras MH e OD, no entanto, a pontuação é definida de acordo com a proporção de cada carteira, com peso 2 para a carteira MH e peso 1 para a carteira OD.

3 – Indicadores da Dimensão Sustentabilidade no Mercado – IDSM

3.1 Índice de Capital Regulatório (ICR)

132. Minha operadora teve nota zero no indicador 3.1 do IDSS, referente ao Índice de Capital Regulatório. O que pode ter acontecido?

Resposta: Conforme especificado na ficha técnica do indicador, Operadoras irregulares com a exigência de 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) receberão pontuação zero neste indicador.

133. Minha operadora recebeu “não se aplica” no indicador 3.1 do IDSS, referente ao Índice de Capital Regulatório. O que pode ter acontecido?

Resposta: Caso a operadora seja uma autogestão com mantenedor, este indicador não é avaliado, e por isto o resultado obtido é “não se aplica”. Esse fato decorre da previsão do

art. 5º da RN nº137, de 2006: “Art. 5º A entidade de autogestão deverá garantir os riscos decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde da seguinte forma: I — por meio da constituição das garantias financeiras próprias exigidas pela regulamentação 63 em vigor; ou II — por meio da apresentação de termo de garantia firmado com o mantenedor.”

134. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 3.1 Índice de Capital Regulatório?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se, a seguir, a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

No presente caso, as críticas sofreram alteração durante o processamento do ano-base de 2021, na ordem de prioridade, conforme indicado no quadro a seguir.

Crítica	Prioridade	Cálculo
Autogestão por RH.	1	Não se aplica (não é calculado)
OPS autogestão com mantenedor	2	Não se aplica (não é calculado)
Não enviou 4º trimestre do DIOPS.	3	Inconsistente (nota zero)
Se a OPS tiver total de contraprestações no ano (conta 31) com menos de R\$ 20,00 recebe pontuação ZERO	4	Inconsistente (nota zero)
Se a OPS tiver total de Despesa Assistencial no ano (conta 41) somado ao valor absoluto da conta 3117 ([conta 41 + abs (conta_3117)]) menor do que R\$ 20,00 recebe pontuação ZERO	5	Inconsistente (nota zero)

3.2 Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar

135. No indicador 3.2 do IDSS, referente à Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar, quando o auto de infração, decorrente da NIP, é anulado, ele compõe o indicador?

Resposta: Sim. O procedimento NIP é de natureza pré-processual e a análise é preliminar, sendo limitadas tanto a apresentação de provas por parte do usuário, quanto a possibilidade de diligências adicionais junto à operadora e ao prestador. Uma vez que a demanda é encaminhada para o Núcleo, constatado indício de infração, o rito é outro, com a abertura de processo sancionador. Sendo assim, a decisão final no Núcleo pelo arquivamento, não altera o fato de que a operadora não solucionou o conflito no âmbito da NIP.

3.3 Índice Geral de Reclamação Anual (IGR Anual)

136. Qual o objetivo do indicador 3.3 do IDSS, referente ao Índice Geral de Reclamação Anual (IGR Anual)?

Resposta: O indicador “3.3 Índice Geral de Reclamação Anual (IGR Anual)” é uma medida indireta (proxy) da (in)satisfação do beneficiário em relação à sua operadora, seja em relação a questões de cobertura assistencial, ou outros direitos do beneficiário. Não deve ser confundido com o IGR, calculado e divulgado mensalmente (em relação aos últimos 3 meses), no portal da ANS. Este último visa a um acompanhamento da evolução das demandas de reclamação classificadas, num período de tempo mais recente. Portanto, são indicadores independentes, com fichas técnicas distintas.

137. Eventuais reclamações de beneficiários que não pertencem a operadora podem ser contadas para o cálculo do IGR e da Resolutividade?

Resposta. Sim. Caso a demanda seja finalizada na fase eletrônica da NIP, ela permanecerá dirigida a operadora cadastrada originalmente, mesmo que envie documentos afirmando o contrário.

Para que isto não ocorra, a operadora deve evitar a inativação da demanda e anexar documentos que comprovem que o beneficiário cometeu um erro de cadastro em sua reclamação. Assim, a reclamação não será contabilizada para o cálculo dos indicadores.

3.4 Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos

138. Como a ANS calcula o numerador do indicador 3.4 do IDSS, referente à Proporção de NTRP com Valor Comercial de Mensalidade Atípico, dado que esta Agência não dispõe das Tabelas de vendas dos respectivos produtos?

Resposta: A ANS calcula o numerador deste indicador com base em informações da Coluna “T” da Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP), regulamentada pela Resolução de Diretoria Colegiada-RDC nº 28/2000 e seus anexos.

Na ficha técnica, o termo “Valor Comercial da Mensalidade – VCM” corresponde aos valores da coluna T da NTRP, os quais são estimados pelas próprias operadoras, com base no valor das despesas assistenciais e não assistenciais por exposto, margem de lucro e ajustes (ver anexo II –B da supracitada RDC). Portanto o indicador não leva em consideração Tabela de Vendas.

139. Quais são os grupos formados a partir da combinação dos fatores para cálculo do numerador do indicador 3.4 do IDSS, referente à Proporção de NTRP com Valor Comercial de Mensalidade Atípico?

Resposta: Como descrito na ficha técnica do indicador, o limite inferior será calculado pela média do prêmio puro dos grupos formados pela combinação dos quatro fatores de precificação utilizados para classificar os produtos. Sendo eles:

- Contratação (Individual, Empresarial e Adesão);
- Cobertura (Ambulatorial, Amb+Hosp, Hospitalar);
- Presença ou não de fator moderador; e
- Tipo de acomodação (coletiva ou individual).

Quanto aos grupos formados pela combinação dos fatores descritos acima, quando a cobertura/segmentação do produto é ambulatorial, a variável "acomodação" não entra no cálculo.

Ademais, as comparações dos valores do prêmio puro ocorrem dentro de cada uma das três faixas etárias (a primeira, a sétima e a décima), conforme descrito na Ficha Técnica do Indicador.

140. Quais operadoras são elegíveis para avaliação no indicador “3.4 - Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos”?

Resposta: As operadoras elegíveis para o indicador são aquelas que possuam, na data de referência, produtos médico-hospitalares em pré-pagamento ativos. Para fins de compatibilização entre os programas de monitoramento realizados pela ANS, serão aplicadas, no indicador do IDSS, as mesmas críticas utilizadas no Risco Assistencial.

141. É possível disponibilizar os parâmetros ou valores de referência, para cálculo do limite inferior, utilizado no numerador do indicador 3.4 do IDSS, referente à Proporção de NTRP com Valor Comercial de Mensalidade Atípico, previamente ao cálculo deste indicador?

Resposta: Não é possível disponibilizar informações prévias, uma vez que o cálculo do indicador é dinâmico, variando de acordo com as NTRPs vigentes no último dia útil do ano-base avaliado. O cálculo do indicador é executado, porém, somente a partir da data de corte do IDSS. Além disso, os valores de referência podem influenciar as NTRPs enviadas pelas

operadoras. Ademais, ressalta-se que as informações de NTRP, por influenciarem no âmbito concorrencial, são informações reservadas.

142. É possível incluir outras variáveis, como área de abrangência e tamanho da rede para cálculo do limite inferior, utilizado no numerador do indicador 3.4 do IDSS, referente à Proporção de NTRP com Valor Comercial de Mensalidade Atípico?

Resposta: É necessário esclarecer que foram considerados os critérios que mais impactam na precificação, de forma objetiva. Certamente, há outros fatores que podem ter alguma influência no estabelecimento dos valores de comercialização, como rede assistencial, área de atuação e nível do fator moderador. Entretanto, além de alguns desses fatores não serem objetivamente mensuráveis (informações não disponíveis para a ANS), isto poderia criar inúmeros subgrupos com poucos produtos, fragmentando demais a análise e enfraquecendo a robustez estatística do indicador.

Deve ser salientado, que os planos com fator moderador estão sendo comparados apenas entre planos que também tenham fator moderador, mesmo que não seja especificado qual o nível deste fator moderador. Além disso, ressalta-se, mais uma vez, que se está comparando o valor de comercialização (coluna T) com o valor destinado a cobrir apenas as despesas assistenciais (coluna K). Assim, entende-se que, valores de comercialização abaixo destas referências de mercado, podem representar um risco, o que o indicador busca sinalizar.

143. Quando o Indicador 3.4 do IDSS, referente à Proporção de NTRP com Valor Comercial de Mensalidade Atípico, não será calculado?

Resposta: O Indicador **Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos** não será calculado, caso a Operadora não possua a obrigatoriedade de envio da NTRP para todos os seus produtos, conforme previsto na RDC 28/2000, ou seja, para os produtos exclusivamente odontológicos e em pós-pagamento.

144. Qual a data de referência para obter as NTRPs vigentes para o cálculo do indicador 3.4 do IDSS, referente à Proporção de NTRP com Valor Comercial de Mensalidade Atípico?

Resposta: Para cálculo do indicador consideram-se todas as NTRPs vigentes para produtos ativos no último dia do ano-base avaliado, ou seja, 31 de dezembro do ano avaliado.

3.5 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários

145. O que é o Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde?

Resposta: É um documento que estabelece os requisitos mínimos e as diretrizes para a realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde. Estará elegível a pontuar no Programa de Qualificação de Operadoras - PQO, a operadora que realizar pesquisa de satisfação, de acordo com as diretrizes deste Documento Técnico. A operadora deve encaminhar, à ANS, o Termo de Responsabilidade assinado pelo Representante Legal da Operadora e pelo Responsável Técnico pela pesquisa, juntamente com o endereço eletrônico no seu sítio institucional onde os resultados da pesquisa foram disponibilizados. Estas informações devem ser encaminhadas até 30 de abril do ano subsequente ao ano-base de avaliação do PQO.

146. Onde posso acessar o Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde?

Resposta: O Documento Técnico da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde, referente ao Programa de Qualificação de Operadoras – PQO, está disponível no sítio institucional da ANS em: Assuntos\Informações e Avaliações de Operadoras\Programa de Qualificação de Operadoras

147. Como é aplicada a pontuação base de 0,25, referente a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde, no Programa de Qualificação de Operadoras - PQO?

Resposta: A pontuação base, referente à Pesquisa de Satisfação de Beneficiários, é aplicada ao índice de desempenho da dimensão sustentabilidade no mercado (IDSM), que será apurado da seguinte forma:

$$(\text{Pontuação Base de } 0,25 + \text{IDSM}) \leq 1.$$

Além dessa pontuação base, a Dimensão Sustentabilidade no Mercado ainda prevê a possibilidade de uma pontuação bônus de 10% relativo ao indicador “3.6 - Autorização prévia anual para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários”. Caso a operadora seja elegível ao indicador bônus e ao indicador da pontuação base, para o cálculo da nota final da dimensão, primeiro se aplica o cálculo do bônus e em seguida o da pontuação base.

148. A Pesquisa de Satisfação dos Beneficiários de Planos de Saúde poderá ser elegível para pontuação, tanto para o Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) quanto para o Programa de Acreditação de Operadoras?

Resposta: Sim, desde que a pesquisa atenda a todos os requisitos e diretrizes estabelecidos no Documento Técnico. Após a publicação da RN nº 452/2020, (atual RN 507/2022), o Programa de Acreditação Operadoras foi reformulado, integrando os diversos programas de qualidade da ANS.

É importante destacar, que não necessariamente uma pesquisa considerada para acreditação de operadoras, cumprirá todos os requisitos estabelecidos no Documento Técnico para a elegibilidade no IDSS. Conforme estabelecido no item 4.1 do Documento Técnico da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários do PQO, o questionário a ser aplicado deverá conter, no mínimo, as perguntas constantes no anexo I do Documento Técnico. Não poderá ocorrer inversão na ordem das perguntas e nem alteração da redação ou opção de respostas.

A operadora, por ocasião da realização da Pesquisa, para efeitos de PQO, poderá acrescentar outros questionamentos que achar pertinentes, porém, de forma a evitar qualquer interferência direta/indireta, as questões adicionais devem ser realizadas obrigatoriamente, após as questões mínimas estabelecidas no anexo I do Documento Técnico. Além disso, o entrevistado deverá ser alertado a respeito da inclusão das perguntas.

149. O Anexo VI do Documento Técnico da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários sugere um modelo/exemplo de relatório, para apresentação dos resultados da pesquisa realizada pela operadora. É necessário seguir a tabela com o modelo de apresentação para cada quesito, com erro padrão e erro amostral por opção de resposta?

Resposta: O erro amostral é controlável por ações como técnicas de amostragem, optando-se por aquela que, no caso concreto, se revelar mais eficiente (mediante a escolha de um processo de amostragem aleatória e o aumento do tamanho da amostra, pode-se assegurar a representatividade e associar os resultados com grau de confiança elevado) e estimadores optando-se por aquele que for mais eficiente, isto é, com menor variabilidade. Quanto menor o erro, menos oscilações nos resultados podem existir.

Por exemplo, a depender da técnica de amostragem utilizada, o **Erro Amostral** será único para toda a amostra, e a coluna constante do modelo/exemplo de relatório não precisa ser preenchida.

Pergunta 1: Nos 12 últimos meses, com que frequência o (a) Sr.(a) conseguiu ter cuidados de saúde (por exemplo: consultas, exames ou tratamentos) por meio de seu plano de saúde quando necessitou?

Frequências	n	%	Erro Padrão	Erro Amostral	Nível de Significância	Intervalo de Confiança : (1- α)	
						Limite Inferior	Limite Superior
Sempre	n1				α		
A maioria das vezes	n2				α		
Às vezes	n3				α		
Nunca	n4				α		
Nos 12 últimos meses não procurei cuidados de saúde	n5				α		
Não sei/não me lembro	n6				α		
Σ		100%					

Quanto ao Erro Padrão, mesmo quando a variável é categórica (opções de respostas limitadas de categoria nominal de propriedade qualitativa), é possível calcular o erro padrão da estimativa da proporção obtida.

Cabe ao estatístico responsável técnico pela pesquisa definir métodos e ferramentas a serem utilizados, sempre pautado nas boas práticas, princípios e diretrizes estatísticos. Tal escolha deverá ser devidamente justificada na Nota Técnica da pesquisa e apontada com destaque no relatório da pesquisa a ser publicado.

150. Existe alguma exigência da ANS para a contratação da Auditoria Independente da Pesquisa?

Resposta: O Documento Técnico da Pesquisa estabelece em seu “Capítulo 6: Auditoria Independente”, os critérios para a Auditoria Independente. Entretanto, o atendimento aos requisitos de independência da auditoria não dispensa a verificação, por parte dos envolvidos, de outras situações que possam afetar a independência dos serviços de auditoria, inclusive a observação dos requisitos durante o período de execução dos serviços.

151. A operadora realizou a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários e encaminhou à ANS o endereço eletrônico no seu sítio institucional na internet, onde os resultados foram disponibilizados, porém não obteve a pontuação no IDSS. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: Para ser elegível a pontuar no IDSS, a ANS faz a verificação dos itens exigidos no Documento Técnico. Os motivos de indeferimento são sempre informados à operadora por meio de Ofício da ANS. O Anexo VII do Documento Técnico apresenta a lista mínima de itens a serem observados antes do envio da pesquisa à ANS.

3.6 Autorização Prévia Anual para Movimentação da Carteira de Títulos e Valores Mobiliários (Bônus 10%)

152. A operadora que, em 31 de dezembro do ano base de cálculo do IDSS, tiver autorização prévia anual da ANS, para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários, terá direito ao bônus no IDSM, se tiver essa autorização suspensa antes da data de processamento do IDSS?

Resposta: Não. Se entre 31 de dezembro do ano base do cálculo do IDSM e a data de corte do IDSS, a operadora tiver sua autorização de movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários suspensa, não será elegível à pontuação bônus no IDSM.

3.7 Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos

153. Por que o indicador 3.7, relativo ao Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos, apresenta em seu método de cálculo duas parcelas separadas?

Resposta: Trata-se de um indicador com análise combinada, cujo objetivo é estimular que as operadoras de planos privados de assistência à saúde busquem eficiência, precifiquem seus contratos adequadamente e exerçam maior nível de mutualismo nos reajustes

praticados. Assim, a primeira parte do indicador avalia o distanciamento da média ponderada dos reajustes aplicados em contratos coletivos, em relação à média ponderada do setor; e a segunda parte avalia a dispersão dos reajustes aplicados pela operadora.

154. Dado a estrutura de cálculo do indicador 3.7, relativo ao Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos, onde o método de cálculo apresenta 2 parcelas e a meta é conjunta, como é apurada a pontuação final da Operadora?

Resposta: A pontuação final do indicador 3.7, relativo ao Índice de Reajuste Médio Ponderado aplicado aos Planos Coletivos, é apurada a partir do peso de 50% para cada componente de cálculo (a primeira parte do indicador onde é avaliado o distanciamento da média ponderada dos reajustes aplicados em contratos coletivos da operadora em relação ao setor; e a segunda parte onde é avaliada a dispersão dos reajustes aplicados pela operadora).

155. Caso a operadora só tenha realizado um comunicado de reajuste de plano coletivo no ano-base, como se dará o cálculo do indicador 3.7 - Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos?

Resposta: Como não é possível calcular o coeficiente de variação da segunda parte do indicador, quando o total de comunicados é igual a um ($N=1$), será atribuído 100% do peso da pontuação final do indicador 3.7, relativo ao Índice de Reajuste Médio Ponderado, aplicado aos Planos Coletivos ao primeiro componente do cálculo (a primeira parte do indicador onde é avaliado o distanciamento da média ponderada dos reajustes aplicados em contratos coletivos da operadora em relação ao setor).

156. Caso a média do reajuste anual da operadora seja zero, como se dará o cálculo do indicador 3.7-Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos?

Resposta: Como não é possível, matematicamente, calcular o coeficiente de variação quando a média é zero, o segundo componente do indicador não poderá ser apurado. Neste caso, será atribuído 100% do peso da pontuação final do indicador 3.7, relativo ao Índice de Reajuste Médio Ponderado aplicado aos Planos Coletivos ao primeiro componente do cálculo (a primeira parte do indicador onde é avaliado o distanciamento da média ponderada dos reajustes aplicados em contratos coletivos da operadora em relação ao setor).

4.1 Índice Composto de Qualidade Cadastral

157. Qual a metodologia adotada para o cálculo do indicador 4.1 do IDSS, referente ao Índice Composto de Qualidade Cadastral (SIB)?

Resposta: É feita a soma do número de beneficiários ativos no cadastro de beneficiários da operadora na ANS “validados”, com planos identificados e com CNS válido, com o **número** de beneficiários dependentes menores também “**validado**”, com planos identificados e com CNS válido. Posteriormente, esse resultado é dividido pelo total de beneficiários ativos da Operadora no Sistema de Informações de Beneficiários - SIB.

158. Qual o período de Cálculo do indicador 4.1 do IDSS, referente ao Índice Composto de Qualidade Cadastral (SIB)?

Resposta: Os dados considerados para o cálculo são referentes à última competência fechada antes da data de corte do programa (30 de abril do ano avaliado). Assim, por exemplo, para o IDSS 2022 (ano-base 2021) foram considerados os dados processados na competência março/2022.

159. Como a repetição de CPF e CNS afeta o cálculo do indicador 4.1 do IDSS, referente ao indicador Índice Composto de Qualidade Cadastral (SIB)?

Resposta: O Indicador Percentual de Qualidade Cadastral recebe nota zero (inconsistente) caso a Operadora possua no Cadastro de Beneficiários mais de 5% de CPF repetidos e/ou CNS repetidos.

Número de CPF repetidos: Refere-se ao total de números de CPF com uma ou mais repetições vinculadas a um mesmo plano, exceto os registros que possuem CPF, nome completo e data de nascimento idênticos aos da base de dados da Receita Federal. Considera-se repetição quando um número de CPF aparece mais de uma vez vinculado a um mesmo plano.

Número de CNS repetidos: Refere-se ao total de números de CNS, de registros ativos, com três ou mais repetições na base de registros ativos da Operadora, exceto os registros que possuem CPF, nome completo e data de nascimento idênticos aos da base de dados da Receita Federal. Considera-se repetição quando um número de CNS aparece mais de três vezes na base de registros ativos da Operadora.

160. A ANS disponibiliza nos Relatórios de Diagnóstico da Qualidade Cadastral quais são os beneficiários não identificados (não validados)?

Resposta: Sim. Lembrando que os relatórios de diagnóstico da qualidade cadastral são ferramentas disponibilizadas pela ANS às operadoras para auxiliar e facilitar a localização de inconsistências em seus registros de beneficiários, sem, entretanto, ter o condão de ser o norteador definitivo da adequação da base de dados fornecida à Agência Reguladora.

Assim, é muito importante destacar que a operadora – para cumprir suas obrigações regulatórias – deve ficar atenta ao resultado do processamento de envio do SIB à ANS, por meio dos arquivos RPX (arquivos de resultado de processamento), cuja função é extensamente abarcada na Seção II da Resolução Normativa – Resolução Normativa nº 500, de 30 de março de 2022 (anterior RN 295/2012) –, e Instrução Normativa nº 8, de 30 de março de 2022 (anterior IN DIDES 50/2012).

Ademais, a ANS disponibiliza a possibilidade de a operadora solicitar o arquivo CNX (arquivo de conferência), o qual detalha sua base de beneficiários na ANS, também objeto da referida Resolução Normativa (RN 500/2022). A utilização, pela operadora, destes dois arquivos é atividade indispensável para cumprir suas obrigações e, desta forma, manter-se regular diante da regulamentação vigente e adequada ao monitoramento da ANS (atividades fiscalizatórias, IDSS, etc.).

4.2 Taxa de Utilização do SUS

161. Quanto ao indicador 4.2 do IDSS, referente à Taxa de Utilização do SUS, serão considerados todos os atendimentos notificados no ano-base avaliado para calcular o seu numerador (numerador da fórmula – NUT)?

Resposta: Não. São considerados os atendimentos dos ABIs, que representam os quatro últimos períodos de competências sucessivas, lançadas no ano-base avaliado.

A partir de 2021, após um período de anos de lançamentos de dados legados retroativos, a ANS alcançou a meta de publicação de 4 ABIs anuais. Exemplo, para o ano-base 2021, foram utilizados os eventos notificados nos ABIs 85º, 86º, 87º e 88º.

162. Para o indicador 4.2 do IDSS, referente à Taxa de Utilização do SUS, por qual razão será necessário ajustar, através do cálculo da estimativa baseada no histórico de Ressarcimento, a quantidade total de atendimentos identificados em 2021 (numerador da fórmula – NUT)?

Resposta: Em geral, considerando que as operadoras realizam impugnações e recursos dos atendimentos identificados e, conseqüentemente, uma parte dos atendimentos é deferida pela ANS, após análise em 1ª ou 2ª instância, não seria correto considerar estes atendimentos em sua integralidade. Com isso, torna-se necessário realizar o ajuste do numerador.

163. Para o indicador 4.2 do IDSS, referente à Taxa de Utilização do SUS, a estimativa de indeferimento das operadoras (fator de ajuste do numerador da fórmula – NUT) é aplicada sobre a quantidade total de atendimentos identificados ao longo do ano-base avaliado?

Resposta: Não. O Índice de Indeferimento Geral é aplicado apenas para os atendimentos impugnados pelas operadoras, independentemente do status de análise dos mesmos. Sendo assim, o numerador (NUT) será calculado através da soma de dois componentes (Atendimentos não impugnados + Atendimentos Impugnados) Exemplo: no ano-base 2021, estes valores foram referentes aos atendimentos identificados nos ABIs 85º, 86º, 87º e 88º.

164. Para o indicador 4.2 do IDSS, referente à Taxa de Utilização do SUS, como é calculada a estimativa de indeferimento das operadoras (Taxa de Indeferimento Geral – NUT)?

Resposta: Como se espera que parte dos eventos avisados no ano-base avaliado sejam indeferidos, quando analisados, é 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, é 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. Assim, por exemplo, para o ano-base de 2021, a estimativa de indeferimentos considerou as taxas de indeferimento dos ABIs lançados nos anos de 2018 (ABI 67º, 69º, 71º e 73º), 2019 (74º, 75º, 76º, 77º, 78º e 79º) e 2020 (80º, 81º, 82º, 83º e 84º).

165. Para o indicador 4.2 do IDSS, referente à Taxa de Utilização do SUS, como é calculada a média de beneficiários das operadoras (denominador da fórmula – BENE)?

Resposta: O cálculo da média de beneficiários utiliza o ano de competência dos ABIs lançados no ano-base avaliado, considerando-se apenas os ABIs referentes aos últimos períodos de competências sucessivas (representando um ano de identificação). Por exemplo, para o ano-base 2021 foram considerados os ABIs 85º, 86º, 87º e 88º. Com isso, no denominador da fórmula “Benef” foi calculada a média dos beneficiários por operadora nas competências de 01/01/2020 a 31/12/2020.

166. Após calculado o indicador 4.2 do IDSS, referente à Taxa de Utilização do SUS, as operadoras, com utilização igual ou inferior a 2%, automaticamente receberão nota máxima neste indicador?

Resposta: Não. A pontuação final das operadoras neste indicador será consequência da ordenação e classificação das taxas de utilização de todas as operadoras, da seguinte maneira:

- Operadoras classificadas no percentil 80, isto é, o grupo de operadoras que representem 80% das operadoras notificadas pela ANS no ano-base avaliado e que apresentem as menores Taxas de Utilização. Estas operadoras receberão nota máxima (pontuação = 1);

- Operadoras classificadas acima do percentil 97,5 receberão nota zero;

- Quanto às demais operadoras, cujo resultado do indicador estiver entre o valor do percentil 80 e o valor do percentil 97,5, receberão pontuação entre 0 e 1, conforme fórmula apresentada na ficha técnica do indicador ($V = 1 - ((P80 < \text{Resultado} < P97,5) - P80) / (P97,5 - P80)$).

A regra não classifica automaticamente as operadoras com taxa de utilização inferior à 2% no percentil 80, não aplicando nesse caso nota máxima neste indicador (pontuação = 1). Como a distribuição das taxas de utilização será reflexo do desempenho de todas as operadoras, ao longo de determinado ano-base, o recorte é variável. Por exemplo, caso 80% das operadoras apresentem uma taxa de utilização inferior à 1,5%, existirão operadoras com taxa de utilização menor que 2% com nota inferior à nota máxima.

Vale ressaltar que operadoras, que não apresentarem beneficiários identificados no ressarcimento ao SUS no ano de análise, receberão nota máxima.

167. Para o indicador 4.2 do IDSS, referente à Taxa de Utilização do SUS, os beneficiários de plano odontológico também serão considerados no indicador?

Resposta: Não. Apenas os beneficiários de planos de assistência médica serão considerados no cálculo.

4.3 Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar - TISS

168. Estou em dia com as obrigações periódicas de minha operadora, porém o resultado do indicador 4.3 do IDSS, referente à Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS, não reflete essa situação e o resultado é menor do que 1.

Resposta: A Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS, é medida através da razão entre o total do Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde, enviados pela operadora à ANS, incorporados ao seu Banco de Dados, 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 DIOPS/ANS. 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 da operadora incorporados ao Banco de Dados da ANS.

Esses valores podem ser acompanhados pela operadora através do Relatório de Batimento TISS X DIOPS do período de acesso no site da ANS, na Central de Relatórios em <https://www.ans.gov.br/index.php/component/centralderelatorio/?view=login>.

169. Para o indicador 4.3 do IDSS, referente à Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS, quais valores são considerados e como é realizado o processo de comparação, entre os dados do Envio de Dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar - TISS à ANS, e os dados do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS?

Resposta: Os valores considerados estão discriminados na Ficha técnica do Indicador RAZÃO DE COMPLETUDE DO ENVIO DOS DADOS DO PADRÃO TISS (RAZÃO TISS) no site da ANS.

A comparação entre o Valor Informado TISS e os Valores informados no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS é realizada da seguinte forma:

- Relação entre o **Total do Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde** informados na mensagem de Envio de dados do Padrão TISS para ANS do Componente de Conteúdo e Estrutura do Padrão TISS vigente / Total do Valor das Despesas com EVENTOS ou SINISTROS CONHECIDOS OU AVISADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, nas modalidades de pagamento por procedimento, outras formas de pagamento que não por procedimento e Despesas com Eventos ou Sinistros na esfera Judicial, além da Receita de CONTRAPRESTAÇÕES DE CORRESPONSABILIDADE CEDIDA, de ASSISTÊNCIA À SAÚDE HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA, informados no DIOPS/ANS; exceto as despesas com o Sistema Único de Saúde – SUS e Recuperações.

A comparação entre o Valor Informado TISS e os Valores informados no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS é realizada da seguinte forma:

- Relação entre o **Total do Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde** informados na mensagem de Envio de dados do Padrão TISS para ANS do Componente de Conteúdo e Estrutura do Padrão TISS vigente / Total do Valor das Despesas com EVENTOS ou SINISTROS CONHECIDOS OU AVISADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, nas modalidades de pagamento por procedimento, outras formas de pagamento que não por procedimento e Despesas com Eventos ou Sinistros na esfera Judicial, além da Receita de CONTRAPRESTAÇÕES DE CORRESPONSABILIDADE CEDIDA, de ASSISTÊNCIA À SAÚDE HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA, informados no DIOPS/ANS; exceto as despesas com o Sistema Único de Saúde – SUS e Recuperações.

O **Componente de Conteúdo e Estrutura do Padrão TISS vigente** pode ser acessado em <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/padrao-para-troca-de-informacao-de-saude-suplementar-2013-tiss>>, no site da ANS, as mensagens sobre **Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde** são enviadas pela operadora e incorporadas ao banco de dados da ANS.

As contas consideradas no DIOPS para comparação com o valor informado no TISS estão dispostas na ficha técnica do indicador.

170. Para o indicador 4.3 do IDSS, referente à Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS, há diferença entre a competência do evento informada no TISS e a competência em que o evento é contabilizado pela operadora?

Resposta: Não. A competência informada no TISS deve ser a mesma em que o evento foi reconhecido contabilmente pela operadora.

A competência informada no TISS é referente à data do protocolo da cobrança – data em que a operadora recebeu o lote de cobrança com a guia principal da conta, enviada pelo prestador.

171. Como é frequente mais de um lançamento para a mesma guia, como será considerado esses registros incorporados para a comparação com o DIOPS no cálculo do indicador 4.3 do IDSS, referente à Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS? Será considerado apenas os valores apresentados no último lançamento incorporado dentro de cada competência? Ou todos os lançamentos?

Resposta: Será considerado o valor informado do primeiro lançamento da guia incorporado ao banco de dados da ANS.

172. No indicador 4.3 do IDSS, referente à Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS, nos casos em que há necessidade de realizar exclusões e novos envios de lançamentos, esses procedimentos não irão acarretar diferenças nos valores que serão comparados com os valores do DIOPS, tendo em vista que tais situações podem ocorrer em competências diferentes, em diferentes anos contábeis?

Resposta: O resultado do indicador pode ficar comprometido, dependendo do volume de lançamentos excluídos não substituídos por inclusões no mesmo ano de avaliação do indicador, até a data de corte estabelecida para o cálculo dos indicadores do IDSS.

173. Todas as operadoras serão avaliadas no indicador 4.3 Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS)?

Resposta: Não. Conforme determina o §2º do art. 8º da Resolução Normativa nº 527 de 29 de abril de 2022: “§ 2º As autogestões que operam por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado ficam dispensadas do cumprimento do disposto no § 1º.” (anterior RN 173/2008). Ou seja, o indicador não é aplicável ao grupo de operadoras da modalidade de Autogestão, que operam por meio de seu departamento de Recursos Humanos, uma vez que não têm a obrigação do envio da parte econômico-financeira do DIOPS anualmente.

174. No cálculo do IDSS, para as cooperativas médicas e odontológicas, as contas relacionadas na ficha técnica do indicador Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS), podem ter o sétimo dígito variável (ou seja, diferente de zero)?

Resposta: Sim, tanto as cooperativas médicas, quanto odontológicas podem informar no 7º dígito valores diferentes de “ZERO”, conforme item 3.1, Capítulo I, do Anexo I da RN nº 528, de 29 de abril de 2022 (anterior RN 472/2021). Os valores lançados nestas contas são considerados para totalização das despesas assistenciais no DIOPS.

4.4 Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde

175. Existe um quantitativo de prestadores considerados no cálculo do indicador devido a diferenças mínimas no valor das guias (diferenças em centavos). Haveria a possibilidade de tais guias não serem contabilizadas como valor de glosa?

Resposta: A partir do ano-base de 2021, para o cálculo do indicador 4.4 - Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde do IDSS, será utilizado o mesmo conceito de Guia Fechada utilizado no Painel de Glosa: Guias fechadas = guias cuja soma do valor pago + valor de glosa é maior ou igual ao (valor informado -1). Dessa forma, diferenças de até R\$ 1,00 não serão consideradas no cálculo do indicador.

176. Existe a possibilidade de ser disponibilizada a prévia dos valores dos percentis utilizados na pontuação do indicador 4.4 do IDSS, referente à Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde?

Resposta: Não. Os percentis (P15 e P85) dependem dos resultados de todas as operadoras e só são disponibilizados na divulgação preliminar dos resultados do IDSS do ano-base avaliado, para cada operadora. Para o indicador 4.4 é feita a diferenciação dos percentis do setor, por segmentação (grupo MH ou OD), uma vez que os dois ramos apresentam comportamentos diferentes.

4.5 Proporção de Diagnósticos Inespecíficos nos Eventos de Internação Preenchidos nas Guias TISS (Bônus 10%)

177. A operadora não é obrigada a preencher o Código Internacional de Doenças – CID nas guias TISS. Como serão avaliadas no IDSS, se não houver o preenchimento?

Resposta: Pelo fato de o código CID não ser uma informação obrigatória, o indicador 4.5 do IDSS é um bônus, e aumenta em 10% a nota da dimensão IDGR, caso a operadora apresente menos de 30% de suas guias de eventos de internação preenchidas com códigos inespecíficos. Com o indicador 4.5, pretende-se aprimorar a qualidade das informações. Assim, como se trata de um bônus na dimensão IDGR, a operadora não será prejudicada, caso o seu resultado seja maior que 30%.