2 INDICADORES DA DIMENSÃO GARANTIA DE ACESSO – IDGA

2.1 Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário (PESO 1)

Nomenclatura Simplificada

Renal Crônico

Conceito

Número médio de sessões de hemodiálise crônica realizadas por beneficiário de planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de sessões de hemodiálise crônica}}{\text{Média de beneficiários em planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado (Benefa)}}$$

Obs.: Com fator redutor na pontuação, quando aplicável, de acordo com a Taxa de Ressarcimento de hemodiálise ao SUS, sendo a taxa calculada da seguinte forma:

$$\text{Taxa H_Op} = \frac{\text{NUH}}{\text{Benefa}}$$

Abaixo, a tabela de correspondência entre Rol ANS, TUSS e SIGTAP dos procedimentos incluídos no indicador:

Rol ANS	Código e Terminologia Procedimento na Tabela TUSS	Código e Terminologia Procedimento na Tabela SIGTAP
HEMODIÁLISE CRÔNICA	30909031 Hemodiálise crônica (por sessão)	0305010107 HEMODIÁLISE (MÁXIMO 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)
		0305010204 HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA (MÁXIMO 04 SESSÕES POR SEMANA)
HEMODIAFILTRAÇÃO ONLINE (HDF-OL)	30909155 Hemodialfiltração online (HDF-OL)	

Este indicador se aplica somente a operadoras que comercializam planos médico-hospitalares.

Este indicador não se aplica a operadoras com menos de 2 mil beneficiários, não sendo assim calculado.

Definição de termos utilizados no Indicador

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

Número de Eventos de Utilização de Hemodiálise (NUH) - Total de eventos identificados de utilização da rede do SUS para Hemodiálise por beneficiários da operadora de saúde suplementar, tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento por meio da aplicação do fator de ajuste (percentual de ressarcimento dos atendimentos impugnados dos últimos 3 anos, que foram indeferidos ou deferidos parcialmente). Serão considerados os atendimentos dos ABIs notificados no ano-base avaliado. A metodologia para cálculo da Taxa de Ressarcimento ao SUS segue o padrão do indicador "4.2 - Taxa de utilização do SUS", sendo neste indicador filtrados os casos referentes a procedimentos de hemodiálise crônica.

O numerador NUH terá três componentes, o primeiro deles referente aos atendimentos de hemodiálise não impugnados dos ABIs acima mencionados (os quais serão considerados em sua integralidade), o segundo referente aos atendimentos de hemodiálise impugnados e que já foram objetos de análise e apontam para o indeferimento ou deferimento parcial (onde há cobrança de parte do valor identificado - atendimentos de hemodiálise deferidos ressarcíveis) e, por último, os atendimentos de hemodiálise impugnados e que aguardam análise administrativa; para estes últimos, será aplicado um fator de ajuste ($FAano{-}base$) correspondente ao tratamento com estimativa baseada no histórico de ressarcimento dos atendimentos impugnados. Sendo assim:

$$NUHano-base = fatd\ de\ hemodiálise\ não\ impugnado + (fatd\ de\ hemodiálise\ deferidos\ ressarcíveis + fatd\ de\ hemodiálise\ indeferidos) + (fatd\ de\ hemodiálise\ avaliando \times FAano-base)$$

Onde:

- $NUH_{ano-base}$ é número total de eventos de hemodiálise identificados de utilização da rede do SUS por beneficiários da operadora de saúde suplementar, no ano-base avaliado, tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento;
- $fatd\ de\ hemodiálise\ não\ impugnado$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos de hemodiálise realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano-base avaliado e que não foram impugnados pelas operadoras de planos de saúde;
- $fatd\ de\ hemodiálise\ deferidos\ ressarcíveis$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos de hemodiálise realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano-base avaliado e cuja impugnação (1ª instância) ou recurso (2ª instância), após a análise realizada pela ANS, levou à conclusão de que a operadora impugnante ou recorrente tinha razão ao alegar que a cobrança feita inicialmente fora parcialmente indevida;
- $fatd\ de\ hemodiálise\ indeferidos$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos de hemodiálise realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano-base avaliado e cuja impugnação (1ª instância) ou recurso (2ª instância), após a análise realizada pela ANS, levou à conclusão de que a operadora impugnante ou recorrente não tinha razão ao alegar que a cobrança feita inicialmente fora parcial ou integralmente indevida;
- $fatd\ de\ hemodiálise\ avaliando$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos de hemodiálise realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde,

identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano-base avaliado e cuja impugnação (1ª instância) ou recurso (2ª instância) ainda se encontram sob análise pela ANS;

- $FA_{ano-base}$ é o fator de ajuste que será aplicado sobre a quantidade total de atendimentos lançados no ano-base avaliado, que foram impugnados pelas operadoras e ainda não foram avaliados. Este fator de ajuste será calculado pela média das taxas de indeferimento ressarcível e indeferimento dos ABIs lançados nos três anos anteriores ao ano-base avaliado.

Estimativa de utilização de hemodiálise no SUS – Como espera-se que parte dos eventos de hemodiálise avisados no ano-base avaliado sejam indeferidos ou deferidos com resíduo a ser cobrado quando analisados, será realizada uma estimativa a partir da série histórica dos casos notificados nos três anos mais recentes disponíveis das taxas 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 por operadora considerando os anos mais recentes, desse modo contemplando a eventual mudança de padrão da operadora.

A estimativa dos deferimentos ressarcíveis e indeferimentos é realizada utilizando-se a média aritmética dos respectivos percentuais dos três anos anteriores ao ano-base, conforme apresentado a seguir:

$$FA_{ano-base} = \frac{Taxa\ ressarc_{ano-base-3} + Taxa\ ressarc_{ano-base-2} + Taxa\ ressarc_{ano-base-}}{3}$$

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

$$Taxa\ Ressarc_x = \frac{fatd\ lançados\ ano\ x\ e\ def\ ressarcíveis\ e\ indef\ em\ 1ª\ inst. + fatd\ lançados\ ano\ x\ e\ def\ ressarcíveis\ e\ indef\ em\ 2ª\ inst.}{fatd\ lançados\ ano\ x\ e\ analisados\ em\ 1ª\ inst. + fatd\ lançados\ ano\ x\ e\ analisados\ em\ 2ª\ inst.}$$

Onde:

- $Taxa\ Ressarc_x$ é a taxa que mede o percentual de deferimento ressarcível e indeferimento considerando apenas os atendimentos com decisão definitiva realizada até o momento de apuração do resultado do programa;

- fatd lançados ano x e def ressarcíveis e indef em 1ª inst. é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram julgados como deferidos com redução de valor ou indeferidos em 1ª instância, sem recurso;

- fatd lançados ano x def ressarcíveis e indef em 2ª inst. é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram julgados como deferidos com redução de valor ou indeferidos em 2ª instância até o momento de apuração do resultado do programa;

- $fatd\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ analisados\ em\ 1ª\ inst.$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram analisados em 1ª instância, sem recurso, julgados como deferidos ou indeferidos, até o momento de apuração do resultado do programa;

- $f_{atd\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ analisados\ em\ 2ª\ inst.}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram analisados em 2ª

instância até o momento de apuração do resultado do programa, considerando tanto os atendimentos deferidos como os indeferidos;

Média de Beneficiários em planos que incluem a segmentação ambulatorial (Benefa) - Média de Beneficiários de planos que incluem a cobertura ambulatorial – prestação de serviços de saúde que compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, podendo ou não oferecer outras coberturas.

Para o resultado do Indicador via TISS, Benefa será o cálculo da média de beneficiários que possuem segmentação ambulatorial de acordo com os dados do SIB no ano-base avaliado.

Para o cálculo da Taxa de Utilização do SUS, o cálculo da média de beneficiários que possuem planos ambulatoriais (Benefa) deverá utilizar as competências de atendimentos notificados nos ABIs lançados no ano-base avaliado.

Interpretação do Indicador

Este indicador estima, a partir da prevalência nacional de pacientes em tratamento dialítico que fazem tratamento por hemodiálise crônica de fonte pagadora não SUS, o número de sessões de hemodiálise crônica necessárias (esperadas), tendo em conta o número médio de beneficiários da operadora em planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado.

Um valor baixo para o indicador pode sugerir situações de dificuldade de acesso às unidades de diálise, pela demora na marcação das sessões de hemodiálise crônica ou, ainda, pela indisponibilidade de prestadores de serviços de saúde.

Espera-se que operadoras com baixa produção de sessões de hemodiálise tenham alta utilização do SUS. Ademais, operadoras com produção suficiente de hemodiálise, e com alta utilização do SUS, possivelmente apresentam insuficiência de rede para tratamento dialítico.

Usos

Avaliar a evolução da realização das sessões de hemodiálise crônica, com vistas a verificar possíveis situações de restrição de acesso aos serviços de diálise.

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

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

Identificar as operadoras com baixa produção de hemodiálise e alta taxa de utilização do SUS ou com insuficiência de rede de tratamento dialítico.

Parâmetros e Dados Estatísticos

O Censo Brasileiro de Diálise de 2022 estimou uma prevalência de pacientes em tratamento dialítico de 75,8 por 100.000 indivíduos em 2022. Há uma tendência de aumento da prevalência ao longo dos últimos anos, o que também é observado nos dados do registro Europeu e Americano dos últimos 20 anos. O Censo estimou que 70,9% dos pacientes em diálise crônica de fonte pagadora não SUS faziam tratamento por hemodiálise convencional em 2022 e 22,1% utilizavam

hemodiafiltração, ambos os procedimentos de cobertura obrigatória segundo o Rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Totalizando assim, 93% dos pacientes de saúde privada em hemodiálise. Para fins do Programa de Qualificação de Operadoras, adotou-se uma prevalência de 70,49 pacientes em hemodiálise crônica por 100.000 beneficiários (93% de 75,8 por 100.000) e uma média de três sessões semanais (156 sessões por ano), resultando em cerca de 0,109 sessões por beneficiário por ano. Os dados de utilização do SUS estabelecem como parâmetro o percentil 80 do total de procedimentos de hemodiálise ao ano por beneficiário e por operadora. Assim, considera-se que 20% delas apresentam alta utilização do SUS, com resultados acima daqueles obtidos por 80% do setor. A classificação através de percentil se justifica após verificar que a análise dos dados apontou para uma concentração de maior utilização do SUS em um contingente de operadoras proporcionalmente reduzido em relação à quantidade total de operadoras. O resultado e a definição do critério de pontuação foram apurados após análises realizadas, considerando os dados dos ABIs mais recentes e a identificação das faixas de utilização histórica de cada operadora na curva de distribuição das ocorrências.

Meta

Apresentar um número de sessões de hemodiálise crônica superior a 0,087 sessões por beneficiário por ano, ou seja, cerca de 80% do valor esperado de 0,109 sessões por beneficiário por ano, e apresentar utilização do SUS próxima de zero. Para fins deste indicador, considerou-se como alta utilização do SUS uma taxa de utilização estimada acima do percentil 80 ao ano.

Pontuação

Tratamento de dados: Após o cálculo do indicador, serão aplicados os métodos de padronização direta por Faixa Etária e Bayes Empírico.

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.

Para aplicação das metodologias de padronização, são utilizados os dados do setor, quais sejam: a proporção de beneficiários por faixa quinquenal de idade e parâmetros estatísticos, de todas as operadoras avaliadas.

Estes dados são disponibilizados anualmente no portal da ANS, em conjunto com os resultados do IDSS do ano-base avaliado, no documento intitulado "Parâmetros do Setor".

A partir do resultado apurado, após a padronização, será atribuída a pontuação do indicador, conforme tabela a seguir.

Indicador	Pontuação
Resultado	**Valor de 0 a 1**
Resultado = 0	0
0 < Resultado < 0,087 e Taxa de utilização do SUS ≥ que o percentil 80	(0< V <1) * 0,8
0 < Resultado < 0,087 e Taxa de utilização do SUS < que o percentil 80	0< V <1
Resultado ≥ 0,087 e Taxa de utilização do SUS ≥ que o percentil 80	0,9
Resultado ≥ 0,087 e Taxa de utilização do SUS < que o percentil 80	1

V= (0 < Resultado <0,087) / 0,087

Observação:

(1) Será aplicado um fator de redução de 20% (0,8) para as operadoras que se situarem abaixo da meta de sessões de hemodiálise crônica e apresentarem uma alta utilização do SUS.

(2) Será aplicado um fator de redução de 10% (0,9) para as operadoras que superarem a meta de sessões de hemodiálise crônica e apresentarem uma alta utilização do SUS.

Fonte de Dados

TISS (Troca De Informações da Saúde Suplementar)

SGR - Sistema de Gestão do Ressarcimento

SCI - Sistema de Controle de Impugnações

SIB - Sistema de Informações de Beneficiários

Observação:

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. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).

Numerador:

Resultado:

Quantidade de sessões de hemodiálise crônica: Código TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), nas guias de SP/SADT não vinculadas à internação 30909031 (Hemodiálise crônica - por sessão) e 30909155 -Hemodialfiltração online (HDF-OL). A contagem dos códigos TUSS considerará as quantidades informadas nas guias de SP/SADT não vinculadas à internação (no campo "QUANTIDADE INFORMADA DE PROCEDIMENTOS OU ITENS ASSISTENCIAIS" de cada guia).

Taxa de Utilização do SUS:

Número de Eventos de Utilização de Hemodiálise (NUH) – número estimado de procedimentos das APACS do DATASUS para hemodiálise em beneficiários da operadora devidos, obtidos a partir da soma dos atendimentos não impugnados e dos impugnados cuja análise resultou em indeferimento ou deferimento parcial (ou

que após impugnados ainda não foram analisados, aplicando-se a taxa de ressarcibilidade após análise, descrita no FAQ e no indicador 4.2).

Denominador:

Resultado:

Média anual de beneficiários que possuam plano com a segmentação ambulatorial (Benefa)- Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) no ano-base avaliado

Taxa de Utilização do SUS:

Média anual de beneficiários que possuam plano com a segmentação ambulatorial (Benefa)- Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), no ano dos atendimentos incluídos nos ABIs lançados no ano-base.

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

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.

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica (não é calculado)
A cobertura de hemodiálise em plano antigo não é regulamentada pela ANS	2	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	3	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	4	Inconsistente (nota zero)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	5	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	6	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.	7	Inconsistente (nota zero)
OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	8	Inconsistente (nota zero)
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	9	Não se aplica (não é calculado)

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS MH possui média de beneficiários = zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou tipo de guia = 1 ou 2 (Consulta e SP/SADT não vinculado à internação)	10	Não se aplica (não é calculado)
OPS exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	11	Não se aplica (não é calculado)
OPS possui no ano-base média de beneficiários menor que 2.000 na segmentação ambulatorial no SIB	12	Não se aplica (não é calculado)
(Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de beneficiários em planos que contêm a segmentação ambulatorial maior que zero) ou informou atendimentos em tipo de guia = 1, 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	13	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários > zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	14	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	15	Inconsistente (nota zero)
Resultado do indicador = zero; e; Taxa de Utilização do SUS = zero; e; OPS é de pequeno porte (< 20mil beneficiários)	16	Não se aplica (não é calculado)

Ações esperadas

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

Limitações e Vieses

Tendo em consideração que a prevalência de pacientes em tratamento dialítico varia entre as diversas regiões geográficas do país, a adoção da prevalência total nacional pode subestimar a real prevalência nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste e superestimar a prevalência nas regiões Norte e Nordeste. Estas diferenças podem indicar subnotificação e informações insuficientes no que diz respeito ao número de pacientes em tratamento dialítico ou o menor acesso destes pacientes aos programas de terapia renal substitutiva nas regiões Norte e Nordeste.

Diferenças nas prevalências das doenças de base que podem conduzir à doença renal crônica – diabetes mellitus, hipertensão arterial e glomerulonefrite, bem como dos fatores que aceleram sua progressão – obesidade, dislipidemia e tabagismo, podem determinar variações significativas no número de pacientes em tratamento dialítico entre diversas populações de beneficiários.

Tempo de recebimento de dados do SUS e procedimentos sujeitos a recursos administrativos impedem acompanhamento em momento presente, sendo necessária a realização de estimativa de acordo com histórico da operadora

O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada aos pacientes com doenças de base ou das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos, oferecidas por uma determinada operadora.

O indicador é influenciado pelas características da infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso à hemodiálise crônica.

Quando a operadora possui beneficiários em planos novos e beneficiários em planos não regulamentados, os beneficiários em planos antigos não podem ser excluídos do cálculo pois muitos possuem cobertura para hemodiálise e, se não forem considerados no processamento do indicador, não seria possível verificar eventuais situações de restrição de acesso aos serviços de diálise. Ademais, a ANS estimula que as operadoras realizem a adaptação de contratos, de forma que beneficiários de planos antigos possam ter acesso ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e às suas atualizações. Portanto, o resultado do indicador pode ser influenciado caso a operadora apresente também beneficiários em planos antigos, tendo em vista que as informações de cobertura de planos antigos só podem ser verificadas no contrato do beneficiário.

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e

Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022.

> *Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2022, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.*
>
> *(...)*
>
> *§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.*

Referências

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Rede Interagencial De Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília, DF, 2008.

Censo Brasileiro de Diálise de 2022.Braz. J. Nephrol. 46(2). Apri-Jun 2024. https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2023-0062ptSIVIERO, Pamila;

MACHADO, Carla Jorge; RODRIGUES, Roberto Nascimento. Doença renal crônica: um agravo de proporções crescentes na população brasileira. Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

ERA Registry: ERA Registry Annual Report 2021. Amsterdam UMC, location AMC, Department of Medical Informatics, Amsterdam, the Netherlands, 2023.

» www.era-online.org/research-education/era-registry

United States Renal Data System. ESRD: incidence, prevalence, patient characteristics, and treatment modalities. 2022 [cited 2023 Sept 1]. Available from: https://usrds-adr.niddk.nih.gov/2022/end-stage-renal-disease/1- incidence-prevalence-patient-characteristics-and-treatment-modalities

»https://usrds-adr.niddk.nih.gov/2022/end-stage-renal-disease/1-incidence-prevalence-patient-characteristics-and-treatment-modalitie