4.2 Taxa de utilização do SUS (PESO 1)

Nomenclatura Simplificada

Utilização do SUS por Beneficiários de Plano de Saúde

Conceito

Delimitação de faixas para classificação de operadoras conforme sua utilização do SUS, baseada no número de eventos de utilização da rede pública de saúde por beneficiários identificados de operadoras de saúde suplementar. Apenas os beneficiários de planos de assistência médica serão considerados no cálculo.

Método de Cálculo

Número total de eventos de utilização da rede do SUS por beneficiários da operadora, tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento (NUT)
Média de Beneficiários da Operadora (Benef)

$$Taxa_Op = \frac{NUT_}{Benef} \times 1.000$$

Definições de Termos Utilizados no Indicador

NUT - Total de eventos identificados de utilização da rede do SUS por beneficiários da operadora de saúde suplementar, tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento, por meio da aplicação do fator de ajuste (percentual de

ressarcimento dos atendimentos impugnados dos últimos 3 anos). Serão considerados apenas os atendimentos dos ABIs que representam os quatro últimos períodos de competências sucessivas (representando um ano de identificação), notificados no ano-base avaliado.

O numerador NUT terá três componentes, o primeiro deles referente aos atendimentos não impugnados dos ABIs acima mencionados (os quais serão considerados em sua integralidade), o segundo referente aos atendimentos impugnados e que já foram objetos de análise que apontam para o indeferimento ou deferimento com cobrança de parte do valor identificado (atendimentos indeferidos e atendimentos deferidos ressarcíveis) e, por último, os atendimentos impugnados e que aguardam análise administrativa; análise 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:

$$NUT_{ano-base} = fatd\ não\ impugnado + (fatd\ deferidos\ ressarcíveis + fatd\ indeferidos) + (fatd\ avaliando \times FAano - base)$$

Onde:

- $\mathrm{NUT}_{\mathrm{ano-base}}$ é número total de eventos 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;

- $f_{\text{atd não impugnados}}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano-base avaliado e que não foram impugnados pelas operadoras de plano de saúde;

- $f_{\text{atd deferidos ressarcíveis}}$ 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-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;

- $f_{\text{atd indeferidos}}$ 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-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;

- $f_{\text{atd avaliando}}$ 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-base avaliado e cuja impugnação (1ª instância) ou recurso (2ª instância) ainda se encontram sob análise pela ANS;

- $FA_{\text{ano}-\text{base}}$ 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 se encontram em análise pela ANS. Este fator de ajuste será calculado pela média das taxas de deferimento ressarcível e indeferimento dos ABIs lançados nos três anos anteriores ao ano-base avaliado.

Estimativa baseada no histórico de Ressarcimento - Como espera-se que parte dos eventos 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:

$$FA_{ano-base} = \frac{Taxa\ ressarc_{ano-base-3} + Taxa\ ressarc_{ano-base-2} + Taxa\ ressarc_{ano-base-1}}{3}$$

A seguir é apresentado o método de apuração da taxa de ressarcibilidade pós-análise ($Taxa\ ressarc_x$), que será aplicado 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;

- $fatd\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ analisados\ em$ 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;

- $f_{atd\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ analisados\ em\ 2ª\ inst.}$ 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, considerando tanto os atendimentos deferidos como os indeferidos;

Benef - Média de beneficiários da operadora. O cálculo da média de beneficiários deverá utilizar as competências dos ABIs lançados no ano-base avaliado.

Taxa_Op - É a Taxa de Utilização da Operadora no SUS, considerando-se, para tanto, o número de atendimentos prestados aos beneficiários vinculados a operadoras de planos de saúde na rede SUS ou conveniada (tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento), pelo número de beneficiários

da respectiva operadora. Para melhor entendimento, segue abaixo a fórmula ampliada da Taxa_Op:

$$Taxa_{Op} = \frac{f_{atd\ não\ impug} + f_{atd\ def\ ressarc} + f_{atd\ indef} + \left(f_{atd\ avaliando} \times \left(\frac{Taxa\ ressarc_{ano-base-3} + Taxa\ ressarc_{ano-base-2} + Taxa\ ressarc_{ano-base-1}}{3}\right)\right)}{Benef}$$

Usos do Indicador

Permite acompanhar e avaliar a atuação das operadoras de planos privados de assistência à saúde, além de compará-las e classificá-las em relação às demais operadoras quanto à utilização da rede pública de saúde.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Indicador de Utilização do SUS classifica as operadoras de planos privados de assistência à saúde. Parâmetros de utilização são estabelecidos em função dos atendimentos já analisados e do histórico das operadoras para aqueles que estão em avaliação.

Após o cálculo do indicador, serão aplicados os métodos de padronização direta por Faixa Etária e Sexo.

Para aplicação da metodologia de padronização, são utilizados os dados do setor: a proporção de beneficiários por sexo e faixas de idade distribuídas decenalmente, até o limite de 79 anos, onde a faixa seguinte passa a contabilizar todos os beneficiários acima de 80 anos. Esta distribuição está presente no Painel "Boletim Informativo do Ressarcimento ao SUS" e os dados serão disponibilizados anualmente no portal da ANS, em conjunto com os resultados do IDSS do ano-base avaliado, no documento intitulado "Parâmetros do Setor".

Em análises realizadas foram identificadas as faixas de utilização históricas de cada operadora, e formada a curva de distribuição das ocorrências. Com a identificação destas faixas é possível estabelecer os critérios para pontuação do indicador.

No ano-base 2021, 80% das operadoras possuíam utilização do SUS inferior a 1,27%. Desta forma, a faixa de utilização de até 1,27% foi percebida como aceitável. Ao realizar a distribuição da utilização das operadoras no ano-base avaliado, uma nova faixa de utilização será encontrada, a depender das competências aplicadas ao cálculo. Este valor (percentil 80% - P80) é divulgado no portal da ANS, por ano-base avaliado, no arquivo denominado "Parâmetros do Setor".

Classificação

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.

Sendo assim, as operadoras foram classificadas nas faixas por meio de percentis (Pα), calculados a partir das taxas obtidas de todas as operadoras no período analisado, sendo a faixa que pontua zero a de maior utilização do SUS (resultado superior ao valor correspondente ao P97,5) e a faixa que pontua um a de menor utilização do SUS (resultado inferior ao valor correspondente ao P80). A pontuação será atribuída conforme mostrado no item a seguir.

Meta

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

O cálculo do percentil depende dos resultados dos indicadores que utilizam o percentil como parâmetro, de todas as operadoras avaliadas. Portanto, não existe a possibilidade de disponibilização prévia.

O percentil 80 (P 80) e percentil 97,5 (P 97,5) são disponibilizados no portal da ANS, em conjunto com os resultados do IDSS do ano-base avaliado, no documento intitulado "Parâmetros do Setor".

Pontuação

Indicador	**Pontuação**
Resultado	**Valor de 0 a 1**
Resultado ≥ P97,5	0
P80 < Resultado < P97,5	0<v<1
Resultado ≤ P80	1

V= 1 - ((P80< Resultado <P97,5)-P80)/(P97,5-P80)

Ou seja, a pontuação final das operadoras neste indicador será consequência da ordenação e classificação das taxas de utilização (**Taxa_Op**) de todas as operadoras que apresentaram uma taxa válida, da seguinte maneira:

- Operadoras classificadas dentro do percentil 80 (P80), 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 (Taxa_Op). Estas operadoras receberão nota máxima (pontuação = 1);
- Operadoras classificadas igual ou acima do percentil 97,5 não pontuarão neste indicador, recebendo, portanto, nota zero;

- Quanto às demais operadoras, que estiverem entre o percentil 80 e o percentil 97,5, estas operadoras receberão pontuação entre 0 e 1, conforme fórmula apresentada (V=1-((P80< Resultado <P97,5)-P80)/(P97,5-P80)).
- 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.

Fonte de Dados

Numerador:

SGR - Sistema de Gestão do Ressarcimento

SCI - Sistema de Controle de Impugnações

Denominador:

SIB – Sistema de Informações de Beneficiários

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	Cálculo
OPS impugnou 100% dos atendimentos identificados no ano base e a sua taxa de indeferimento geral (%) é igual a zero ou inexistente.	1	Não se aplica (não é calculado)
OPS não apresenta beneficiários com cobertura médico-hospitalar ao longo do período de competência analisado	2	Não se aplica (não é calculado)
OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	3	Inconsistente (nota zero)

Limitações e Vieses

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

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Resolução Normativa (RN) nº 502 de 30 de março de 2022, dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998 estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS e revoga as Resoluções Normativas nº 358, de 27 de novembro de 2014, nº 377, de 08 de maio de 2015, e o art. 25 da nº 464, de 29 de dezembro de 2020.

..... Instrução Normativa (IN) ANS nº 26 de 30 de agosto de 2022, dispõe sobre o protocolo eletrônico de impugnações e recursos de processos administrativos híbridos de ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, e na Resolução Normativa – RN nº 502, de 30 de março de 2022, bem como revoga as Instruções Normativas DIDES nº 54, de 27 de novembro de 2014, e nº 58, de 08 de maio de 2015.