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

Nomenclatura Simplificada

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

Conceito

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

Método de cálculo

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

Definição de termos utilizados no indicador

Valor, em reais, do somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais - corresponde ao somatório do conteúdo do campo 058 ("valor

total de glosa") do Componente de Conteúdo e Estrutura do Padrão TISS vigente nas guias incorporadas ao banco de dados da ANS no período selecionado. A variável "valor total de glosa" designa o somatório dos valores glosados, definidos após análise das cobranças e dos recursos interpostos pelos prestadores. Assim, seus valores podem não corresponder à diferença entre o valor cobrado e o valor pago em procedimentos e itens assistenciais constantes de uma mesma guia. Todos os valores de glosa diferentes de zero serão considerados no cálculo do indicador, excetuando-se as situações elencadas nos critérios de exclusão.

Valor, em reais, do somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais – corresponde ao somatório do conteúdo do campo 050 ("valor informado da guia") do Componente de Conteúdo e Estrutura do Padrão TISS vigente nas guias incorporadas ao banco de dados da ANS no período selecionado. A variável "valor informado da guia" corresponde ao valor total informado pelo prestador executante ou ao valor solicitado de reembolso pelo beneficiário à operadora e refere-se a procedimentos e itens assistenciais, com intervalos entre execução e envio de informação variáveis.

Número de prestadores com procedimentos/itens assistenciais glosados - corresponde ao somatório de prestadores de serviços de saúde com os quais a operadora promoveu troca de informações no Padrão TISS, que tiveram ao menos um procedimento/item assistencial glosado, considerando o campo 058 ("valor total de glosa") do Componente de Conteúdo e Estrutura do Padrão TISS vigente nas guias incorporadas ao banco de dados da ANS no período selecionado.

Total de prestadores da operadora - corresponde ao total de prestadores de serviços de saúde com os quais a operadora promoveu troca de informações no Padrão TISS no período selecionado.

Observação: Para o cálculo do indicador é utilizado o mesmo conceito de Guia Fechada utilizado no Painel de Glosa. Ou seja, são consideradas apenas as guias fechadas para compor o cálculo do indicador.

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.

Critérios de Exclusão

Serão desconsideradas:

- as guias com origem = 4 (Reembolso);
- as guias cuja forma de pagamento seja em valor preestabelecido;
- as informações referentes ao fornecimento direto de itens assistenciais aos beneficiários;
-as guias referentes aos atendimentos em rede própria de mesmo CNPJ, visto que nessa situação não há pagamento uma vez que os serviços são prestados pela própria operadora; e
- as guias cujo atendimento foi prestado por meio de uma operadora intermediária.

Interpretação do indicador

O indicador permite verificar a ocorrência de glosas praticadas pela operadora junto a sua rede de prestadores de serviços de saúde, a partir de duas diferentes perspectivas. A primeira se refere à razão dos valores glosados diante do total dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais. A segunda perspectiva

é dada pela proporção de prestadores com glosa no universo de prestadores com alguma troca de informação efetuada no período com a operadora.

Práticas e condutas equivocadas ou irregulares de prestadores de serviços de saúde podem ensejar a aplicação devida de glosas por parte das operadoras, tais como erro do prestador no preenchimento/envio da guia, cobrança em duplicidade ou atraso no envio da documentação. Contudo, se aplicada de modo indevido a glosa pode promover uma redução de despesa assistencial à custa da remuneração do prestador executante do serviço.

Assim, entende-se que a análise dos valores glosados, diante do total dos valores informados em procedimentos e itens assistenciais, assim como a análise da proporção de prestadores com glosa constituem informações relevantes para a compreensão e a promoção do equilíbrio na relação entre a operadora e sua rede de prestadores de serviços de saúde.

Uso

Monitorar a ocorrência de glosa na operadora e gerar conhecimentos que permitam a promoção do equilíbrio na relação entre a operadora e sua rede de prestadores de serviços de saúde.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Os normativos estabelecidos pela ANS não dispõem sobre parâmetros ou limites a respeito da ocorrência de glosas. A análise de dados informados pelas operadoras no Padrão TISS, de janeiro de 2015 a setembro de 2016, aponta para uma concentração dos valores financeiros de glosa em um contingente

proporcionalmente reduzido de operadoras, o que justifica a proposição da classificação a partir de percentis.

Meta

Quanto menor a ocorrência de glosas (separada por segmento - Médico-Hospitalar – MD e Odontológico – OD), melhor a pontuação alcançada no indicador, sendo a pontuação máxima alcançada na situação de resultado do indicador igual ou inferior ao percentil 15, ou seja, quando a operadora está entre os 15% de operadoras do segmento MH ou OD que menos glosam.

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

O percentil 15 (P 15) e percentil 85 (P 85) separados por segmento (MH e OD) são disponibilizados no portal da ANS, em conjunto com os resultados do IDSS do ano-base avaliado, no documento intitulado "Parâmetros do Setor".

Pontuação

As operadoras serão classificadas nas faixas por meio de percentis (Pα), calculados sobre as taxas obtidas de todas as operadoras, separadas por segmento Médico-Hospitalar – MH e Odontológico – OD, no período analisado, conforme quadro a seguir.

Indicador	Pontuação
Resultado	**Valor de 0 a 1**
Resultado > P85	0
P15 < Resultado≤ P85	1-v
Resultado ≤ P15	1

V= [((P15 < Resultado ≤P85) - P15) / (P85-P15)]

Primeiro, os resultados das operadoras são classificados separadamente por segmento – MH e OD. Em seguida, são calculados os percentis 15 e 85 para cada segmento. Então, o resultado da operadora é classificado em uma das 3 faixas do quadro acima, que indica como será apurada a pontuação da operadora.

Ou seja, a pontuação final das operadoras neste indicador será consequência da ordenação e classificação dos resultados obtidos para todas as operadoras do segmento.

Os valores dos percentis (P15 e P85) dependem dos resultados de todas as operadoras e são divulgados na divulgação preliminar dos resultados do Programa de Qualificação Operadoras (PQO) para cada operadora e na divulgação final, no portal da ANS, sendo feita a diferenciação dos percentis do setor por segmentação (grupo MH ou OD).

Assim, operadoras classificadas dentro do percentil 15 (P15), isto é, o grupo de operadoras que representem 15% das operadoras do segmento MH ou OD que menos glosam, receberão nota máxima (pontuação = 1). Operadoras classificadas acima do percentil 85 receberão nota zero no indicador. Operadoras que estiverem

entre o percentil 15 e o percentil 85 receberão pontuação entre 0 e 1, conforme fórmula apresentada: V= [((P15 < Resultado ≤P85) - P15) / (P85-P15)].

Fonte de dados

TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)

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: Sistema TISS.

Denominador: Sistema TISS.

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
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	1	Inconsistente (nota zero)
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	2	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	3	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	4	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.	5	Inconsistente (nota zero)
OPS informou zero glosa no TISS e informou glosa maior que zero no DIOPS	6	Inconsistente (nota zero)

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS não tem valor informado no TISS e não tem despesa assistencial informada no DIOPS	7	Não se aplica (não é calculado)
Operadora não informou data de pagamento nas guias TISS	8	Inconsistente (nota zero)

O cálculo do indicador não se aplica à operadora que incorrer na crítica elencada como prioridade 2 e 7 o resultado do indicador será zero quando a operadora incorrer nas demais críticas de inconsistência (1, 3, 4, 5, 6 e 8).

Ações esperadas

Monitoramento pelas operadoras da proporção de glosas aplicadas e respectivos motivos.

Orientação aos prestadores quanto aos principais motivos de glosas identificados.

Limitações e vieses

A variável "valor total de glosa" designa o somatório dos valores glosados, definidos após análise das cobranças e dos recursos interpostos pelos prestadores. Assim, seus valores podem não corresponder à diferença entre o valor cobrado e o valor pago em procedimentos e itens assistenciais constantes de uma mesma guia. Dessa forma o indicador que mede valores glosados em relação aos valores cobrados pode não representar uma proporção direta entre "valor total de glosa" e "valor informado da guia".

Os dados utilizados baseiam-se no valor de glosa reconhecido pela operadora como devido e comunicado à ANS por meio do TISS. Os valores de cobrança informados

pelo prestador e os valores de glosa informados pela operadora podem não representar a totalidade da troca de informação concernente aos respectivos eventos de saúde.

Divergência entre o valor informado pelo prestador e o devido pela operadora trata-se de questão subjacente à relação contratual estabelecida entre operadora e prestador, a ser resolvida entre as partes.

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.*