

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

Número de sessões de hemodiálise crônica
Média de beneficiários em planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado (Benef)

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:

$$\text{TaxaH_Op} = \frac{\text{NUH}}{\text{Benef}}$$

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).

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 (taxa de indeferimento dos últimos 3 anos). Serão considerados os atendimentos dos ABIs que representam as competências lançadas no ano-base avaliado.

O numerador NUH terá dois componentes, sendo um deles referente aos atendimentos de hemodiálise não impugnados dos ABIs acima mencionados, os quais serão considerados em sua integralidade, e o outro referente aos atendimentos de hemodiálise impugnados, sendo que para estes últimos serão aplicados um fator de ajuste ($FA_{ano-base}$), correspondente ao tratamento com estimativa baseada no histórico de ressarcimento. Sendo assim:

$$NUH_{ano-base} = \text{fatendimentos de hemodiálise não impugnados} + (\text{fatendimentos de hemodiálise impugnados} \times FA_{ano-base})$$

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;
- $\text{fatendimentos de hemodiálise não impugnados}$ 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;
- $\text{fatendimentos de hemodiálise impugnados}$ 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 foram impugnados pelas operadoras de planos de saúde;
- $FA_{ano-base}$ é o fator de ajuste que será aplicado sobre a quantidade total de atendimentos lançados no ano-base avaliado e que foram impugnados pelas operadoras. Este fator de ajuste será calculado pela média da taxa de 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 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, conforme apresentado a seguir:

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

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

$$Taxa\ Indef_x = \frac{f_{atendimentos\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ indeferidos\ em\ 1^{\circ}\ inst.} + f_{atendimentos\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ indeferidos\ em\ 2^{\circ}\ inst.}}{f_{atendimentos\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ analisados\ em\ 1^{\circ}\ inst.} + f_{atendimentos\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ analisados\ em\ 2^{\circ}\ inst.}}$$

Onde:

- $Taxa\ Indef_x$ é taxa de indeferimento dos atendimentos lançados no ano x , considerando apenas aqueles com decisão definitiva realizada até o momento de apuração do resultado do programa;
- $f_{atendimentos\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ indeferidos\ em\ 1^a\ inst.}$ 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 julgados como indeferidos em 1ª instância, sem recurso, considerando apenas as decisões já notificadas às operadoras até o momento de apuração do resultado do programa;
- $f_{atendimentos\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ indeferidos\ em\ 2^a\ inst.}$ 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 julgados como indeferidos em 2ª instância até o momento de apuração do resultado do programa;
- $f_{atendimentos\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ analisados\ em\ 1^a\ inst.}$ 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 1ª instância, sem recurso, julgados como deferidos ou indeferidos, considerando apenas as decisões já notificadas às operadoras até o momento de apuração do resultado do programa;
- $f_{atendimentos\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ analisados\ em\ 2^a\ inst.}$ 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

(Benef) - 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 cálculo do Resultado do Indicador via TISS, Benef será calculado no período do ano-base avaliado, de acordo com os dados do SIB.

Para o cálculo da Taxa de Utilização do SUS, o cálculo da média de beneficiários (Benef) deverá utilizar as competências dos 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 convencional 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 convencional 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 Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica da Sociedade Brasileira de Nefrologia estimou uma prevalência de pacientes em tratamento dialítico de 59,6 por 100.000 indivíduos em 2016, tendo havido um aumento em relação a 2015 (54,4 por 100.000), o que corrobora a tendência a permanente crescimento anual.

O Inquérito estimou que 83,0% dos pacientes em diálise crônica de fonte pagadora não SUS faziam tratamento por hemodiálise convencional em 2016.

Para fins do Programa de Qualificação de Operadoras, adotou-se uma prevalência de 49,5 pacientes em hemodiálise crônica convencional por 100.000 beneficiários (83,0% de 59,6 por 100.000) e uma média de três sessões semanais (156 sessões por ano), resultando em cerca de 0,077 sessões por beneficiário por ano.

Os dados de utilização do SUS do ano de 2021 indicam que na distribuição de utilização estimada por operadora dos procedimentos de hemodiálise com no máximo 3 sessões por semana (excluindo-se procedimentos pediátricos e em pacientes HIV positivos) por beneficiário, o percentil 80 do total de procedimentos

ao ano por beneficiário situou-se em 0,0011513. Ou seja, considera-se que 20% das operadoras apresentam alta utilização do SUS (acima de 0,0011513). 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 ABI's 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 0,062 sessões por beneficiário por ano, ou seja, cerca de 80% do valor esperado de 0,077 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 de 0,0011513 ao ano. Para o ano-base 2024 a base para estabelecimento da Taxa de Utilização do SUS foram os dados de 2021 e para os anos subsequentes, a meta utilizará a Taxa de Utilização do SUS mais recente disponível quando da elaboração da ficha.

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 < 0,062 e Taxa de utilização do SUS \geq 0,0011513	$(0 < V < 1) * 0,8$
0 < Resultado < 0,062 e Taxa de utilização do SUS < 0,0011513	$0 < V < 1$

Resultado $\geq 0,062$ e Taxa de utilização do SUS $\geq 0,0011513$	0,9
Resultado $\geq 0,062$ e Taxa de utilização do SUS $< 0,0011513$	1

$V = (0 < \text{Resultado} < 0,062) / 0,062$

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.

Denominador:

Resultado:

Média anual de beneficiários que possuam plano com a segmentação ambulatorial (Benef)- Sistema de Informação de Beneficiários (SIB)

Taxa de Utilização do SUS:

Média anual de beneficiários que possuam plano com a segmentação ambulatorial (Benef)- Sistema de Informação de Beneficiários (SIB)

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)

Crítica	Prioridade	Resultado
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)
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	13	Inconsistente (nota zero)

Crítica	Prioridade	Resultado
ambulatorial maior que zero) ou informou atendimentos em tipo de guia = 1, 2 (SP/SADT não vinculado à internação)		
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 2015, 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.

SESSO, Ricardo Cintra et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. J. Bras. Nefrol., v. 39, n. 3, p. 261-266, 2017.

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