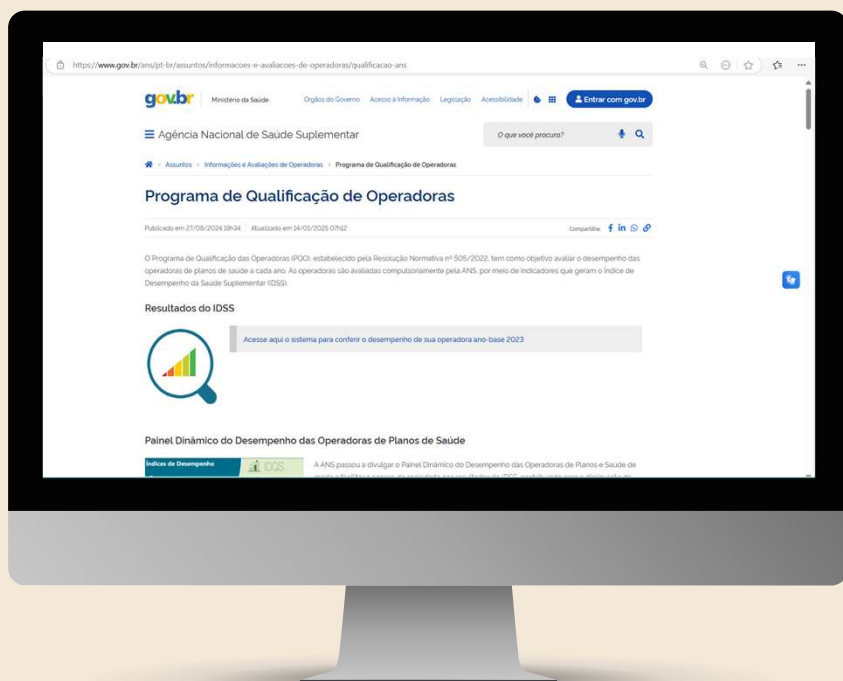




OFICINA IDSS-TISS

Rosana Neves

**ASSESSORIA DE ANÁLISE E INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS
AO DESENVOLVIMENTO, MONITORAMENTO E QUALIFICAÇÃO SETORIAL
AIEDS/GPIND/DIDES**

26/02/2025



Programa de Qualificação de Operadoras - PQO

Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS

IDSS - Objetivos



-  Avaliar o **desempenho das operadoras**;
-  Reduzir a **assimetria de informação** no setor;
-  Subsidiar a **escolha** de um plano de saúde;
-  Estimular a **Qualidade Setorial**;
-  Propiciar o **Benchmarking** entre as OPS;
-  Estimular a **concorrência baseada em desempenho**;
-  Subsidiar as **ações regulatórias** da ANS;
-  Conferir **maior transparência** ao setor de saúde suplementar

1 Indicadores e pesos

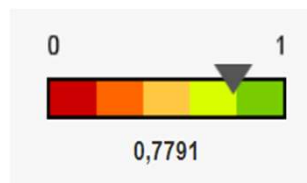
1.1 - Proporção de Parto Cesáreo	3
1.2 - Taxa de Consultas de Pré-Natal	2
1.3 - Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos	2
1.4 - Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 anos	2
1.5 - Taxa de Citopatologia Cérvico-Vaginal Oncótica	2
1.6 - Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada	3
1.7 - Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - CARIÉ	2
1.8 - Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - PERIODONTIA	2
1.9 - Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista ou Especialista para idosos	3
1.10 - Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos - Benefícios - Pontuação Base	Pontuação base de 0,10 sobre o IDQS
1.11 - Participação em Programas de Indução de Melhoria da Qualidade - Pontuação Base	Pontuação Base de até 0,35 no IDQS
1.12 - Participação no Projeto de Modelos de Remuneração Baseado em Valor - Pontuação Base	Pontuação base de 0,10 no IDQS

2.1 - Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário	1
2.2 - Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos	2
2.3 - Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas	1
2.4 - Taxa de Primeira Consulta ao Dentista no ano por Beneficiário	1
2.5 - Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica	1
2.6 - Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Acreditação	1
2.7 - Frequência de Utilização de Rede de SADT com Acreditação	1
2.8 - Índice de efetiva comercialização de planos individuais - Bônus	Bônus de até 10% sobre o IDGA
2.9 - Taxa de Dentes permanentes com tratamento Endodôntico	0
2.10 - Frequência de utilização de Rede de Hospitais com Atributo: Qualidade Monitorada	Bônus até 20% sobre o IDGA

3.1 - Índice de Capital Regulatório (ICR)	3
3.2 - Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar	2
3.3 - Índice Geral de Reclamação Anual (IGR Anual)	1
3.4 - Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos	1
3.5 - Pesquisa de Satisfação do Beneficiário - Pontuação base	Pontuação Base de 0,25 no IDSM
3.6 - Índice de Reajuste Médio Ponderado aplicado aos Planos Coletivos	1

4.1 - Índice composto de Qualidade Cadastral (SIB)	2
4.2 - Taxa de utilização do SUS	1
4.3 - Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS/ DIOPS)	2
4.4 - Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde	1
4.5 Proporção de Diagnósticos Inespecíficos nos Eventos de Internação Preenchidos nas Guias TISS - Bônus	Bônus de 10% sobre o IDGR

2 Nota de cada indicador varia de zero a um



IDSS – Método de Cálculo

3 nota da dimensão = média ponderada da:
nota do Indicador x seu respectivo peso



Qualidade
peso: 30%



Acesso
peso: 30%

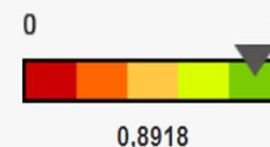


Sustentabilidade
peso: 30%



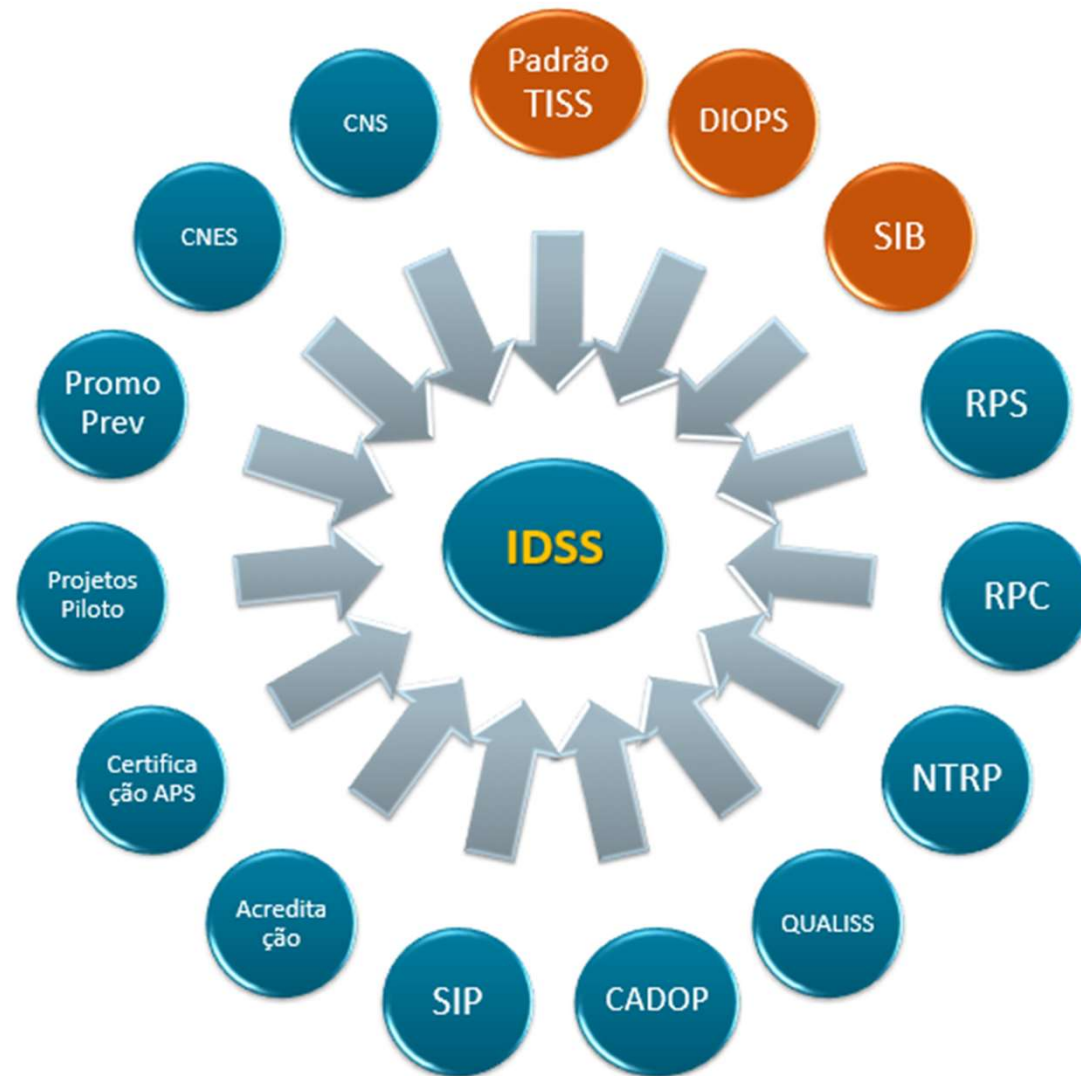
Regulação
peso: 10%

4 IDSS da Operadora =
média ponderada da
nota da Dimensão x
seu peso



IDSS – Dados Utilizados no Processamento


Envio de
Informações/Dados à ANS



Críticas para Falta de Regularidade ou Inconsistência de Dados

DIOPS

SIB

TISS

- Não envio de **1 ou mais trimestres** até a data de corte: **Nota Zero** nos indicadores
- Não envio de **1 ou mais meses** até a data de corte: **Nota Zero** nos indicadores
- Índice de Qualidade Cadastral do SIB **< 20%**: **Nota Zero**
- Não envio de **1 ou mais meses** até a data de corte: **Nota Zero** nos indicadores
- Taxa de completude do TISS x DIOPS **< 30%**: **Nota Zero**

Importância dos Dados para o Processamento PQO

- Envio da totalidade dos Procedimentos Realizados no TISS
- CBO – Classificação Brasileira de Ocupação
- CPF – Cadastro de Pessoa Física
- CNS – Cartão Nacional de Saúde
- CNPJ – Cadastro nacional de Pessoa Jurídica
- CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
- CID – Código Internacional de Doenças
- Valores de Despesas Assistenciais no TISS
- Valores de Despesas Assistenciais do DIOPS
- Discrepâncias entre os sistemas - Registro de Planos de Saúde (RPS) x TISS.



Algumas operadoras possuem características diversas na composição de seus beneficiários:



população mais envelhecida



concentração de beneficiários do sexo feminino ou masculino



carteiras muito pequenas

Ignorar estas diferenças pode afetar o cálculo dos indicadores

As padronizações Estatísticas servem para:

- comparar taxas entre populações
- eliminar distorções de idade e sexo entre as populações

Quando a variável estudada tem relação com a idade, com o sexo, ou tamanho da população, é necessário realizar a técnica de padronização para remover os efeitos desses fatores.

A Padronização propicia a comparação equilibrada entre as populações das diversas operadoras.

Taxas padronizadas só tem validade para efeito de comparação

Indicadores com Padronizações Estatísticas

Indicador	Método de Padronização
1.3 – Taxa de Internação por Fratura de Fêmur	Padronização Direta por Faixa Etária e Sexo; e Bayes Empírico
1.6 – Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada	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
4.2 - Taxa de utilização do SUS*	Padronização Direta por Faixa Etária e Sexo

***Padronização aplicada a partir de 2026 (ano-base 2025)**



0,0 0,2 0,4 0,6 0,8 1,0



Indicadores - Pontuação Bônus



Indicadores Bônus e Pontuação Base

Indicador Bônus	Dimensão na qual o bônus incide	Forma	Pontuação
Programa de Operadora Acreditada (Selo de Qualidade)	IDSS	Pontuação base (soma)	Nível I – 0,20 Nível II – 0,18 Nível III - 0,15
1.10 - Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças	IDQS	Pontuação base (soma)	Pontuação base de 0,10 sobre o IDQS
1.11 - Participação em Programas de Indução de Melhoria da Qualidade	IDQS	Pontuação base (soma)	Pontuação Base de até 0,35 no IDQS
1.12 - Participação no Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor	IDQS	Pontuação base (soma)	Pontuação base de 0,10 no IDQS
2.8 - Índice de efetiva comercialização de planos individuais	IDGA	Bônus	Bônus de até 10% sobre o IDGA
2.10 – Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Atributo: Qualidade Monitorada	IDGA	Bônus	Bônus de até 20% sobre o IDGA
3.5 - Pesquisa de Satisfação do Beneficiário - Pontuação base (Satisfação do Cliente/Paciente)	IDSM	Pontuação base (soma)	Pontuação Base de 0,25 no IDSM
4.5 - Proporção de Diagnósticos Inespecíficos nos Eventos de Internação Preenchidos nas Guias TISS - Bônus (Qualidade dos Dados do Diagnóstico)	IDGR	Bônus	Bônus de 10% sobre o IDGR



PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Detalhamento

Indicador 3.5



- ✓ O maior desejo de todas as empresas é fidelizar os clientes e mantê-los satisfeitos.
- ✓ Realizar Pesquisa de Satisfação de Clientes é um bom começo para atingir o objetivo de fidelização do cliente.
- ✓ É uma ferramenta capaz de quantificar o grau de contentamento dos clientes em relação à empresa.
- ✓ Avaliar a experiência, em geral, do cliente com produtos e serviços oferecidos.
- ✓ Avaliar o engajamento do cliente e interações com a empresa ou apenas com aspectos específicos dos serviços oferecidos.
- ✓ Em suma, é essencial conhecer a satisfação do seu usuário para que a empresa desenvolva uma cultura centrada no cliente

Referência: Fred Reichheld & Rob Markey. A pergunta definitiva 2.0: Como as empresas que implementam o Net promoter score prosperam em um mundo voltado aos clientes. Rio de Janeiro: Alta Books, 2018



Pesquisa de Satisfação de Beneficiários

Lançamento: 2017

Objetivo: Incentivar a participação do beneficiário na avaliação da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos de assistência à saúde

Metodologia: Descrita no Documento Técnico para a realização da pesquisa de satisfação de beneficiário

Elegibilidade para Pontuação:



Documento técnico para a realização da pesquisa de satisfação de beneficiários de planos de saúde



Link: [Documento Técnico](#)



Resultados Finais IDSS ano-base 2023

Desempenho
ano-base 2023

0,7805

Operadoras

894

666 MH
228 OD

Beneficiários

63.991.578 OPS MH
17.528.525 OPS OD

Histórico de Desempenho
por ano-base

0,7898 2022

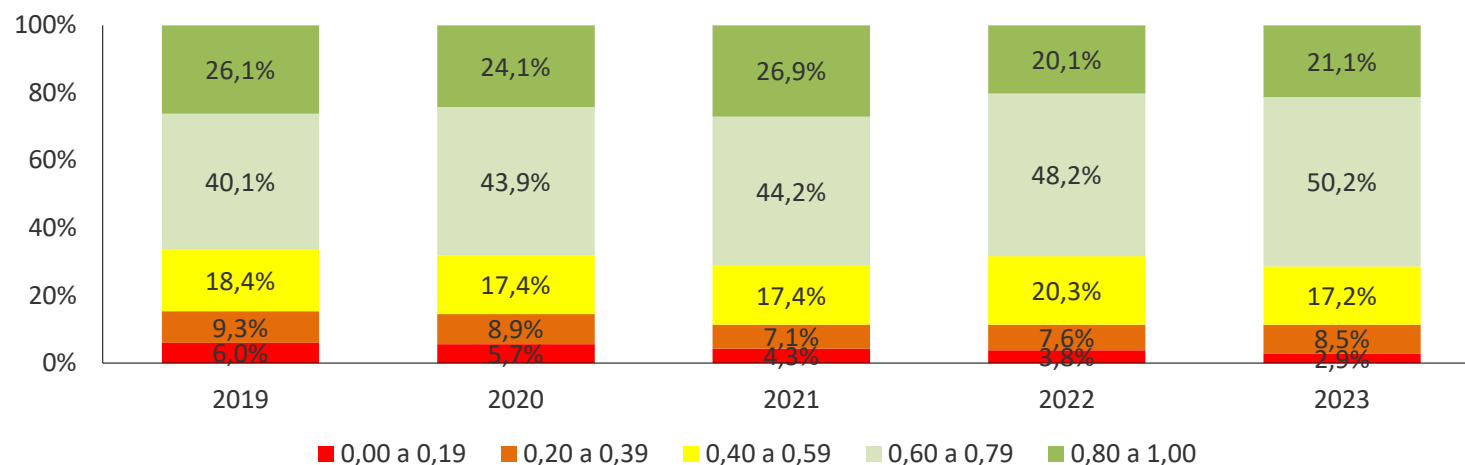
0,8128 2021

0,7989 2020

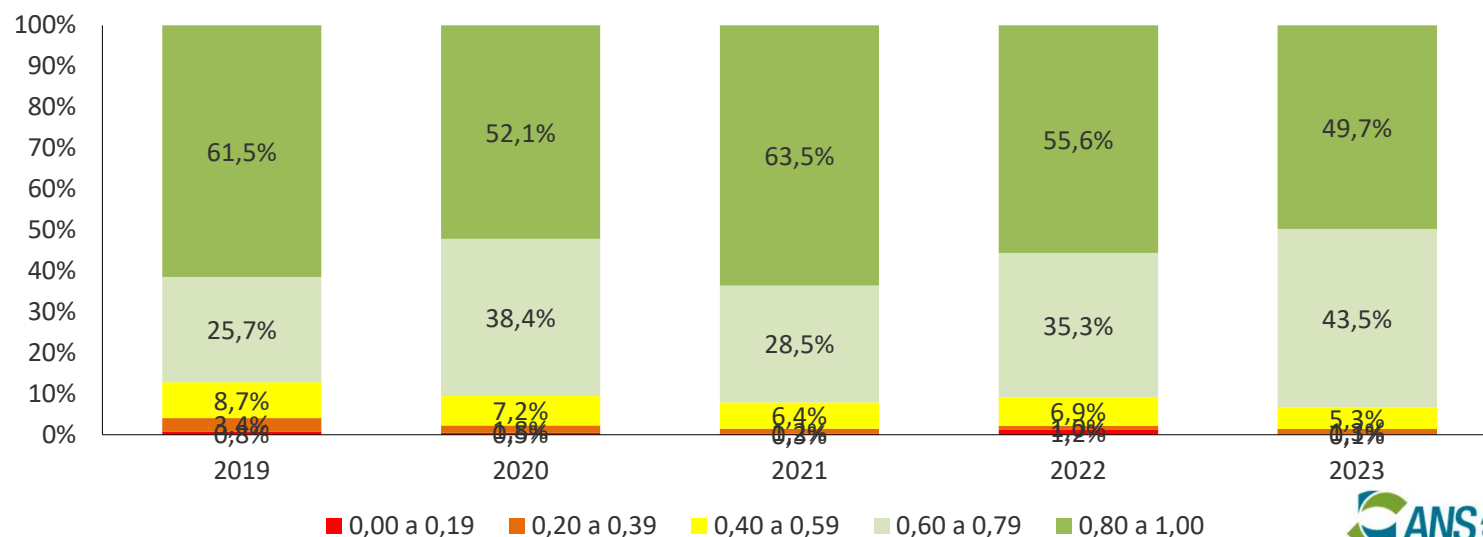
0,8011 2019

0,7691 2018

% de Operadoras por Faixa de Avaliação



% de Beneficiários em operadoras, por faixa de avaliação



IDSS ano-base 2023: Resultados

IDSS do Setor por modalidade

Modalidade	IDSS ano- base 2023	IDSS ano- base 2022	IDSS ano- base 2021	IDSS ano- base 2020	IDSS ano-base 2019
Autogestão	0,7570	0,7485	0,7492	0,7159	0,6908
Autogestão por RH	0,6225	0,6373	0,6201	0,6036	0,6107
Cooperativa Médica	0,8279	0,8032	0,8583	0,8588	0,8292
Cooperativa odontológica	0,7757	0,8041	0,7828	0,7877	0,7839
Filantropia	0,8003	0,7563	0,7876	0,7510	0,7490
Medicina de Grupo	0,7634	0,7762	0,7855	0,7707	0,7970
Odontologia de Grupo	0,7799	0,7824	0,7825	0,7527	0,7945
Seguradora Especializada em Saúde	0,7589	0,8419	0,8986	0,8964	0,8512
Total Geral	0,7805	0,7898	0,8128	0,7989	0,8011

IDSS do Setor por porte

Porte	2023		2022	
	OPS	IDSS	OPS	IDSS
Pequeno	517	0,6545	526	0,6442
Médio	264	0,7261	260	0,7159
Grande	113	0,7977	110	0,8125
Total	894	0,7805	896	0,7898

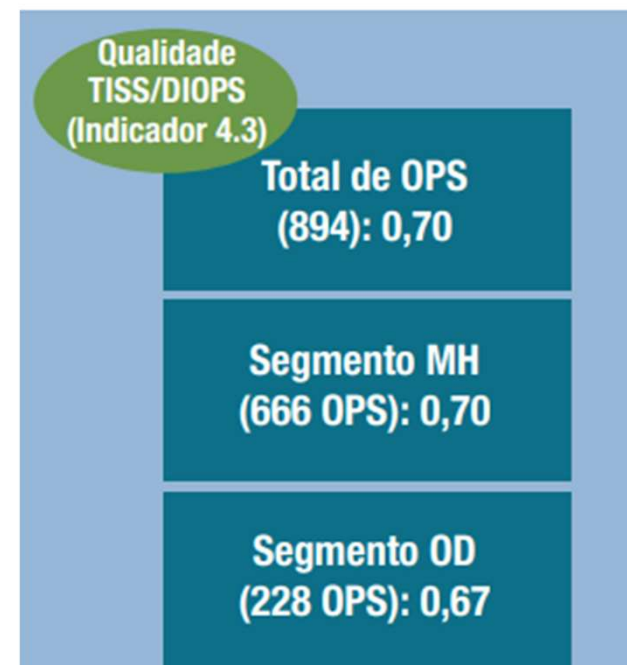
IDSS do Setor por segmento

Segmento	2023		2022	
	OPS	IDSS	OPS	IDSS
MH	666	0,7810	670	0,7905
OD	228	0,7789	226	0,7873
Total	894	0,7805	896	0,7898

Qualidade dos Dados



Representa a qualidade dos dados encaminhados para o Sistema de Informação de Beneficiários - SIB



Representa quanto os valores dos eventos assistenciais reportados para o TISS são compatíveis com os valores assistenciais reportados para o DIOPS- Razão TISS x DIOPS



IDSS ano-base 2024
Alterações de escopo realizadas nos indicadores

Fichas técnicas IDSS 2025 – ano-base 2024: Retificações

**Aprovada em
fevereiro/2025**

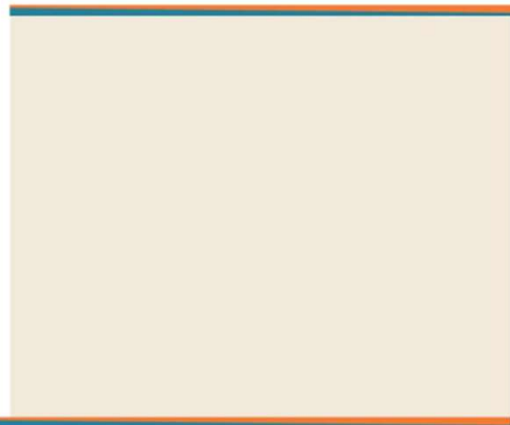
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

FICHA TÉCNICA

**Indicadores do Programa de
Qualificação de Operadoras
2025 (ano-base 2024)**

Atualizado em janeiro/2025

AIEDS/GPIND/DIDES/ANS



- As fichas para os indicadores do IDSS ano-base 2024 foram aprovadas na 601ª reunião ordinária da Diretoria Colegiada da ANS, realizada em 07 de fevereiro de 2024 – processo SEI 33910.026653/2023-18, e disponibilizadas no portal da ANS em:
Acesso à Informação / Dados do Setor / Dados e Indicadores do Setor / Dados do Programa de Qualificação de Operadoras / Ano 2025 (Ano-base 2024)
- Proposta: Retificação de 3 fichas dentre os 34 indicadores do IDSS ano-base 2024:
 - **1.9 - Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos**
 - **2.2 - Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos**
 - **4.3 - Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS/DIOPS)**

Indicadores 1.9 e 2.2 – Inclusão de código TUSS



Atualmente são considerados os seguintes códigos: 10101012 (Consulta em consultório no horário normal ou preestabelecido) ou 20101236 (Avaliação geriátrica ampla – AGA).



Solicitação do setor acatada pela área técnica responsável: **inclusão do código TUSS 10101020 - Consulta em domicílio.**

Indicador 4.3 – inclusão de contas de receita

- Questionamento a respeito de um entendimento contábil envolvendo situações de repasse de beneficiários entre operadoras, em pré-pagamento (contratação de operadora como prestadora de serviços);
- Alteração no método de cálculo, na descrição dos termos utilizados no indicador e nas contas contábeis listadas na fonte de dados do denominador;
- Este entendimento foi consolidado posteriormente e já está previsto na ficha para o ano-base 2025.





Considerações importantes

- Os ajustes realizados não trazem prejuízos ao setor: a inclusão das consultas em domicílio no cálculo dos indicadores 1.9 e 2.2 permitirá **melhora nos resultados das operadoras** que ofertaram esta modalidade de consulta e será um incentivo às operadoras a uma melhor e mais adequada assistência aos idosos;
- A inclusão das contas de receita é necessária para o **correto ajuste contábil** do indicador 4.3, cujo efeito poderá ser acompanhado pelas operadoras na próxima divulgação do relatório TISS/DIOPS (D12);
- Eventuais **retificações na base TISS** podem ser realizadas **até 30/04/2025**, data de congelamento das bases relativas ao ano-base 2024 para apuração do IDSS.

1.6 Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada (peso 3) - IDQS

Indicador	Resumo das Alterações	Justificativa
1.6 Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada	Atualização das estatísticas Numerador: Somatório dos exames de hemoglobina glicada realizados por beneficiário univocamente identificado, com idade ≥ 19 anos e ≤ 75 anos, que tenha mais de um exame no ano-base, realizado em regime ambulatorial Denominador: De: Beneficiários com diabetes mellitus entre 19 e 75 anos: 6,7% dos beneficiários da OPS Fonte: Vigitel Brasil Saúde Suplementar 2017 – dados de 2013 a 2015 Para: Beneficiários com diabetes mellitus entre 19 e 75 anos: 7,47% dos beneficiários da OPS Fonte: Vigitel Brasil Saúde Suplementar 2020 – dados de 2016 a 2018	O diabetes mellitus é considerado uma epidemia no mundo todo e acarreta complexos desafios aos sistemas de saúde. É crescente o percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de diabetes, no conjunto das capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal. Os parâmetros utilizados na ficha técnica do indicador utilizam os dados de prevalência de diabetes obtida pelo Vigitel Saúde Suplementar e precisam de atualização, dado que a referência era de 2015, e os dados mais atuais são de 2018 (publicados em 2020). Atualização da fórmula de cálculo em função da mudança da prevalência de Diabetes na Saúde Suplementar, segundo o VIGITEL 2018 Saúde Suplementar.

1.9 Consultas Generalista/Especialista para idosos (peso 3) - IDQS

Indicador	Resumo das Alterações	Justificativa										
1.9 Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos	Meta De: 1:5 = 0,20; 1 consulta com generalista para 5 com especialistas; Para: 1,5:5 = 0,30; 1,5 consultas com generalista para 5 com especialistas;	A meta estabelecida desde o ano base 2017 considerou um estudo que demonstrava que o setor fazia muito mais consultas com especialistas que com generalistas. Por isso, a meta original foi bastante modesta (1:5 - 1 consulta com generalista para 5 com especialistas) de modo a propiciar tempo para melhoria paulatina da prática pelo setor.										
	Pontuação De: nota zero: 0,06 = 1:15 (1 consulta com generalista para 15 consultas com especialistas)	Com o acompanhamento dos resultados, verificou-se que o setor já atinge, em média, a meta do indicador, de 0,20 desde 2020. Em 2021 o resultado do setor foi, em média, de 0,2392. Ademais, cerca de 50% das OPS já se enquadram na melhor faixa de desempenho (nota entre 0,8 e 1,0) do indicador. Portanto, a melhora indica que o setor está trabalhando para atingir o resultado regulatório desejado. Dada a melhora do setor, é necessário ajustar a meta, já que o cenário de envelhecimento populacional demanda a oferta de APS para os beneficiários de planos de saúde e de médicos generalistas de referência para realizar a coordenação do cuidado . Embora não exista um parâmetro específico para a razão entre consultas médicas com generalista/especialista, o MS recomenda, nas Diretrizes para Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI) para o SUS, que sejam realizadas para pessoas acima de 60 anos, 4 consultas médicas, e destas, que 3 sejam com generalista e 1 para os casos que não são resolvidos na APS, que seja programada 1 com especialista.										
	<table><tr><th>Indicador</th><th>Pontuação</th></tr><tr><th>Resultado</th><th>Valor de 0 a 1</th></tr><tr><td>Resultado ≤ 0,06</td><td>0</td></tr><tr><td>0,06 < Resultado < 0,2</td><td>0 < V < 1</td></tr><tr><td>Resultado ≥ 0,2</td><td>1</td></tr></table> V= ((0,06 < Resultado < 0,2) - 0,06)/0,14	Indicador	Pontuação	Resultado	Valor de 0 a 1	Resultado ≤ 0,06	0	0,06 < Resultado < 0,2	0 < V < 1	Resultado ≥ 0,2	1	Diante da necessidade de mudança do modelo de atenção brasileiro, com fortalecimento da atenção primária em saúde, é importante estabelecer uma meta que estimule o aumento progressivo do acesso a médicos generalistas. Passa a ser considerada então a nova meta, com previsão de aumento da meta ao longo dos anos até que essa razão comece a se inverter.
	Indicador	Pontuação										
	Resultado	Valor de 0 a 1										
	Resultado ≤ 0,06	0										
	0,06 < Resultado < 0,2	0 < V < 1										
	Resultado ≥ 0,2	1										
	Para: nota zero: 0,0769 = 1:13 (1 consulta com generalista para 13 consultas com especialistas)	Incluiu-se também as consultas domiciliares na apuração do indicador.										
	<table><tr><th>Indicador</th><th>Pontuação</th></tr><tr><th>Resultado</th><th>Valor de 0 a 1</th></tr><tr><td>Resultado ≤ 0,0769</td><td>0</td></tr><tr><td>0,0769 < Resultado < 0,3</td><td>0 < V < 1</td></tr><tr><td>Resultado ≥ 0,3</td><td>1</td></tr></table> V= (0,0769 < Resultado < 0,3) - 0,0769) / 0,2231	Indicador	Pontuação	Resultado	Valor de 0 a 1	Resultado ≤ 0,0769	0	0,0769 < Resultado < 0,3	0 < V < 1	Resultado ≥ 0,3	1	
Indicador	Pontuação											
Resultado	Valor de 0 a 1											
Resultado ≤ 0,0769	0											
0,0769 < Resultado < 0,3	0 < V < 1											
Resultado ≥ 0,3	1											
Numerador: inclusão do código TUSS 10101020 - Consulta em domicílio												



2.1 – Renal Crônico (peso 1) - IDGA

Indicador	Resumo das Alterações		Justificativa																										
2.1 Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário	Pontuação: atualização dos parâmetros do Ressarcimento ao SUS para Hemodiálise Crônica, que modula a nota da OPS, reduzindo em caso de alta utilização do SUS a partir do percentil 80%.		A ficha utilizava como base os dados de utilização do SUS de Hemodiálise Crônica do ano-base de 2017. A base de dados foi atualizada e passou-se a utilizar os dados referentes à utilização do SUS em 2021. Na regra de pontuação foi mantido o parâmetro do percentil 80% para modular a nota do indicador – o percentil 80 passou de 0,006663 para 0,0011513. Assim quando a utilização do SUS ultrapassa o percentil 80, a nota da operadora é reduzida em até 20%. Para os anos subsequentes, na meta será utilizada a Taxa de Utilização do SUS equivalente ao valor do percentil 80 mais recente.																										
	De: Taxa de utilização do SUS de hemodiálise crônica em 2017 ≥ 0,006663 (percentil 80%)	Para: Taxa de utilização do SUS de hemodiálise crônica em 2021 ≥ 0,0011513 (percentil 80%)																											
	<table><thead><tr><th>Indicador</th><th>Pontuação</th></tr><tr><th>Resultado</th><th>Valor de 0 a 1</th></tr></thead><tbody><tr><td>Resultado = 0</td><td>0</td></tr><tr><td>0 < Resultado < 0,062 e Taxa de utilização do SUS ≥ 0,006663</td><td>(0< V <1) * 0,8</td></tr><tr><td>0 < Resultado < 0,062 e Taxa de utilização do SUS < 0,006663</td><td>0< V <1</td></tr><tr><td>Resultado ≥ 0,062 e Taxa de utilização do SUS ≥ 0,006663</td><td>0,9</td></tr><tr><td>Resultado ≥ 0,062 e Taxa de utilização do SUS < 0,006663</td><td>1</td></tr></tbody></table> V= (0 < Resultado <0,062)/0,062	Indicador		Pontuação	Resultado	Valor de 0 a 1	Resultado = 0	0	0 < Resultado < 0,062 e Taxa de utilização do SUS ≥ 0,006663	(0< V <1) * 0,8	0 < Resultado < 0,062 e Taxa de utilização do SUS < 0,006663	0< V <1	Resultado ≥ 0,062 e Taxa de utilização do SUS ≥ 0,006663	0,9	Resultado ≥ 0,062 e Taxa de utilização do SUS < 0,006663	1	<table><thead><tr><th>Indicador</th><th>Pontuação</th></tr><tr><th>Resultado</th><th>Valor de 0 a 1</th></tr></thead><tbody><tr><td>Resultado = 0</td><td>0</td></tr><tr><td>0 < Resultado < 0,062 e Taxa de utilização do SUS ≥ 0,0011513</td><td>(0< V <1) * 0,8</td></tr><tr><td>0 < Resultado < 0,062 e Taxa de utilização do SUS < 0,0011513</td><td>0< V <1</td></tr><tr><td>Resultado ≥ 0,062 e Taxa de utilização do SUS ≥ 0,0011513</td><td>0,9</td></tr><tr><td>Resultado ≥ 0,062 e Taxa de utilização do SUS < 0,0011513</td><td>1</td></tr></tbody></table> V= (0 < Resultado <0,062) / 0,062	Indicador	Pontuação	Resultado	Valor de 0 a 1	Resultado = 0	0	0 < Resultado < 0,062 e Taxa de utilização do SUS ≥ 0,0011513	(0< V <1) * 0,8	0 < Resultado < 0,062 e Taxa de utilização do SUS < 0,0011513	0< V <1	Resultado ≥ 0,062 e Taxa de utilização do SUS ≥ 0,0011513	0,9
Indicador	Pontuação																												
Resultado	Valor de 0 a 1																												
Resultado = 0	0																												
0 < Resultado < 0,062 e Taxa de utilização do SUS ≥ 0,006663	(0< V <1) * 0,8																												
0 < Resultado < 0,062 e Taxa de utilização do SUS < 0,006663	0< V <1																												
Resultado ≥ 0,062 e Taxa de utilização do SUS ≥ 0,006663	0,9																												
Resultado ≥ 0,062 e Taxa de utilização do SUS < 0,006663	1																												
Indicador	Pontuação																												
Resultado	Valor de 0 a 1																												
Resultado = 0	0																												
0 < Resultado < 0,062 e Taxa de utilização do SUS ≥ 0,0011513	(0< V <1) * 0,8																												
0 < Resultado < 0,062 e Taxa de utilização do SUS < 0,0011513	0< V <1																												
Resultado ≥ 0,062 e Taxa de utilização do SUS ≥ 0,0011513	0,9																												
Resultado ≥ 0,062 e Taxa de utilização do SUS < 0,0011513	1																												

2.2 Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos (peso 2)– IDGA

Indicador	Resumo das Alterações	Justificativa
2.2 Médico de Referência do Idoso	Numerador: Número, até duas consultas ambulatoriais com médico generalista para idoso univocamente identificado na faixa etária de 60 anos ou mais Alteração: inclusão do código TUSS 10101020 - Consulta em domicílio Numerador: Códigos TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), nas guias de consulta ou de SP/SADT (não vinculadas a evento de internação) 10101012 (Consulta em consultório no horário normal ou preestabelecido) ou 20101236 (Avaliação geriátrica ampla – AGA) ou 10101020 - (Consulta em domicílio), para beneficiários com 60 anos ou mais na data de realização do atendimento, com CBO 225125 (Médico clínico), 225130 (Médico de família e comunidade), 225170 (Médico generalista) ou 225180 (Médico geriatra).	Para uma maior comodidade e acompanhamento dos beneficiários acima de 60 anos, são disponibilizadas consultas com generalistas em domicílio, mesmo não sendo uma internação. Nessa situação, o código mais adequado a ser utilizado seria o 10101020 - Consulta em domicílio.

2.5 Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica (peso 1) - IDGA

Indicador	Resumo das Alterações	Justificativa						
2.5 Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica	Nova Fórmula de Cálculo, incluindo nova fonte de dados para a parcela de Dispersão. Numerador: Inclusão da validação dos municípios dos estabelecimentos informados pela operadora no RPS, que fazem parte da Área de Atuação dos Planos da operadora, não apenas no CNES, mas também no Padrão TISS. Denominador: A identificação dos municípios com disponibilidade de prestador odontológico que era realizada exclusivamente por meio da base CNES, passará a ser realizada também por meio da base do Padrão TISS, com as informações de todas as operadoras que ofereceram planos odontológicos no ano-base avaliado. Nova Fórmula de Cálculo da parcela de Dispersão. Validação do município dos prestadores da base do Padrão TISS com a a base da Receita federal. Fórmula de Cálculo da Parcela de Dispersão: <table><tr><th>De</th><th>Para</th></tr><tr><td>Nº de municípios com disponibilidade de prestadores odontológicos</td><td>Nº de municípios na área de atuação dos produtos, que apresentam rede assistencial registrada no RPS e que possuam serviços com cobertura odontológica, conforme CNES ou TISS</td></tr><tr><td>Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial odontológica</td><td>Nº de municípios, que compõem a área de atuação dos produtos, e que apresentam serviço com cobertura assistencial odontológica no CNES e no Padrão TISS</td></tr></table>	De	Para	Nº de municípios com disponibilidade de prestadores odontológicos	Nº de municípios na área de atuação dos produtos, que apresentam rede assistencial registrada no RPS e que possuam serviços com cobertura odontológica, conforme CNES ou TISS	Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial odontológica	Nº de municípios, que compõem a área de atuação dos produtos, e que apresentam serviço com cobertura assistencial odontológica no CNES e no Padrão TISS	Ampliar os sistemas de identificação dos estabelecimentos odontológicos nos municípios com previsão de cobertura na área de atuação da operadora no RPS. A inclusão da base TISS como fonte de dados no numerador e denominador: - Aumenta a base de pesquisa de estabelecimentos que ofertam serviços de assistência odontológica; - Reduz a dependência do indicador em relação ao CNES; - Realiza a validação de que o estabelecimento cadastrado no RPS, que será considerado no numerador do indicador, é realmente um prestador de assistência odontológica, já que no RPS não consta o tipo de estabelecimento. A limitação do indicador, que já existia e deve persistir, residualmente, é que alguns estabelecimentos continuarão não entrando no cálculo do indicador, pois, apesar de registrados no RPS da OPS, por não aparecem no CNES e nem no Padrão do TISS, não são utilizados porque não consta a informação do tipo de serviço disponível do estabelecimento.
De	Para							
Nº de municípios com disponibilidade de prestadores odontológicos	Nº de municípios na área de atuação dos produtos, que apresentam rede assistencial registrada no RPS e que possuam serviços com cobertura odontológica, conforme CNES ou TISS							
Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial odontológica	Nº de municípios, que compõem a área de atuação dos produtos, e que apresentam serviço com cobertura assistencial odontológica no CNES e no Padrão TISS							

2.6 e 2.7 Uso de Hospitais e Laboratórios Acreditados (peso 1) – IDGA

Indicador	Resumo das Alterações	Justificativa
2.6 Hospitais Acreditados	Meta: De: Resultado $\geq 80\%$ da Mediana do Setor Para: Resultado $\geq 30\%$ Pontuação: houve alteração na forma de pontuar em função da mudança da meta. Resultado $\geq 30\%$ = nota 1 Resultado zero utilização = nota zero	Foi substituído o parâmetro para a pontuação. Anteriormente era utilizada a mediana, que é um parâmetro variável. A nova meta foi estabelecida a partir da série histórica dos resultados do setor nos últimos anos.
2.7 Laboratórios Acreditados	Meta: De: Resultado $> 80\%$ da Mediana do Setor Para: Resultado $\geq 20\%$ Pontuação: mudança da forma de pontuar em decorrência da mudança da meta Resultado $\geq 20\%$ = nota 1 Resultado zero utilização = nota zero	A alteração do critério de pontuação foi realizada para maior dispersão das notas, que estavam concentradas nas faixas extremas (0,8 a 1; e 0 a 0,2).

2.9 Taxa de Tratamentos Endodônticos Concluídos (peso 1) - IDGA

Indicador	Resumo das Alterações	Justificativa
2.9 Taxa de Tratamentos Endodônticos Concluídos	De: Peso Zero Para: Peso 1	Por ser um indicador novo no Programa, a Taxa de Dentes Permanentes com Tratamentos Endodônticos Concluídos foi incluída no ano-base 2023 com peso Zero, de modo a dar tempo de adaptação ao setor. Para o ano-base 2024 passa a ter peso 1.

3.1 Índice de Capital Regulatório (ICR) (peso 3) - IDSM

Indicador	Resumo das Alterações	Justificativa									
3.1 Índice de Capital Regulatório (ICR)	Críticas: Exclusão de duas críticas para todas as operadoras: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Crítica</th><th>Prioridade</th><th>Cálculo</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Se a OPS tiver total de contraprestações no ano (conta 31) com menos de R\$ 20,00 recebe pontuação ZERO</td><td>4</td><td>Inconsistente (nota zero)</td></tr> <tr> <td>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</td><td>5</td><td>Inconsistente (nota zero)</td></tr> </tbody> </table>	Crítica	Prioridade	Cálculo	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)	Devido à mudanças no plano de contas, e transição das regras de Margem de Solvência para Capital Baseado em Risco, é necessário retirar estas duas críticas do indicador. A manutenção das críticas atribuiria nota zero erroneamente para operadoras que operam em planos com pós pagamento. Estas operadoras podem apresentar a conta 41 zerada, sem representar ausência de operação. Portanto, foi necessário retirar essas críticas da ficha do indicador.
Crítica	Prioridade	Cálculo									
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 (peso 2) - IDSM

Indicador	Resumo das Alterações		Justificativa																		
3.2 Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar	Pontuação De: 0,90; e 0,20	Para: 0,95; e 0,30	O indicador, com a forma de pontuação vigente não discriminava as operadoras, já que mais de 80% das operadoras se encontram com o resultado enquadrado na melhor faixa de desempenho (entre 0,8 e 1,0) do indicador. Isso significa que o setor vem trabalhando para atingir o resultado regulatório desejado. Dada a melhora do setor nesse indicador, foi necessário rever e propor um ajuste na meta.																		
	<table><tr><th>Indicador</th><th>Pontuação</th></tr><tr><th>Resultado</th><th>Valor de 0 a 1</th></tr><tr><td>Resultado < 70%</td><td>0</td></tr><tr><td>70% ≤ Resultado < 90%</td><td>0 < V < 1</td></tr><tr><td>Resultado ≥ 90%</td><td>1</td></tr></table> Exceção: Resolutividade abaixo de 70% e IGR = 1: pontuação 0,20 em vez de 0,00.	Indicador		Pontuação	Resultado	Valor de 0 a 1	Resultado < 70%	0	70% ≤ Resultado < 90%	0 < V < 1	Resultado ≥ 90%	1	<table><tr><th>Indicador</th><th>Pontuação</th></tr><tr><th>Resultado</th><th>Valor de 0 a 1</th></tr><tr><td>Resultado < 70%</td><td>0</td></tr><tr><td>70% ≤ Resultado < 95%</td><td>0 < V < 1</td></tr><tr><td>Resultado ≥ 95%</td><td>1</td></tr></table> Exceção: Resolutividade abaixo de 70% e IGR = 1: pontuação 0,30 em vez de 0,00.	Indicador	Pontuação	Resultado	Valor de 0 a 1	Resultado < 70%	0	70% ≤ Resultado < 95%	0 < V < 1
Indicador	Pontuação																				
Resultado	Valor de 0 a 1																				
Resultado < 70%	0																				
70% ≤ Resultado < 90%	0 < V < 1																				
Resultado ≥ 90%	1																				
Indicador	Pontuação																				
Resultado	Valor de 0 a 1																				
Resultado < 70%	0																				
70% ≤ Resultado < 95%	0 < V < 1																				
Resultado ≥ 95%	1																				

3.3 Índice Geral de Reclamação Anual (IGR Anual) (peso 1) – IDSM

Indicador	Resumo das Alterações		Justificativa																				
3.3 Índice Geral de Reclamação Anual (IGR Anual)	De Meta: 7,07 para segmento MH e OD Pontuação:	Para Meta: 2 para MH e 0,5 para OD Pontuação:	O IGR é uma medida indireta da satisfação do beneficiário em relação a sua operadora e encontrava-se com os parâmetros defasados, uma vez que a meta de 2023 foi estipulada com base em dados de 2016. O setor também vem trabalhando para atingir o resultado regulatório desejado. Assim, foi necessário rever e propor um ajuste na meta, separando o segmento MH e OD, que passou a ter metas diferenciadas por terem desempenhos diferentes.																				
	<table><tr><th>Indicador</th><th>Pontuação</th></tr><tr><th>Resultado</th><th>Valor de 0 a 1</th></tr><tr><td>IGR ≥ 20,50</td><td>0</td></tr><tr><td>20,50 > IGR > 7,07</td><td>0 < V < 1</td></tr><tr><td>IGR ≤ 7,07</td><td>1</td></tr></table>	Indicador		Pontuação	Resultado	Valor de 0 a 1	IGR ≥ 20,50	0	20,50 > IGR > 7,07	0 < V < 1	IGR ≤ 7,07	1	<table><tr><th>Indicador MH</th><th>Pontuação_{MH}</th></tr><tr><th>Resultado MH</th><th>Valor de 0 a 1</th></tr><tr><td>IGR_{MH} ≥ 30</td><td>0</td></tr><tr><td>30 > IGR_{MH} > 2</td><td>0 < V < 1</td></tr><tr><td>IGR_{MH} ≤ 2</td><td>1</td></tr></table>	Indicador MH	Pontuação_{MH}	Resultado MH	Valor de 0 a 1	IGR _{MH} ≥ 30	0	30 > IGR _{MH} > 2	0 < V < 1	IGR _{MH} ≤ 2	1
	Indicador	Pontuação																					
	Resultado	Valor de 0 a 1																					
	IGR ≥ 20,50	0																					
	20,50 > IGR > 7,07	0 < V < 1																					
	IGR ≤ 7,07	1																					
	Indicador MH	Pontuação_{MH}																					
	Resultado MH	Valor de 0 a 1																					
	IGR _{MH} ≥ 30	0																					
30 > IGR _{MH} > 2	0 < V < 1																						
IGR _{MH} ≤ 2	1																						
	<table><tr><th>Indicador OD</th><th>Pontuação_{OD}</th></tr><tr><th>Resultado OD</th><th>Valor de 0 a 1</th></tr><tr><td>IGR_{OD} ≥ 1,5</td><td>0</td></tr><tr><td>1,5 > IGR_{OD} > 0,5</td><td>0 < V < 1</td></tr><tr><td>IGR_{OD} ≤ 0,5</td><td>1</td></tr></table>	Indicador OD	Pontuação_{OD}	Resultado OD	Valor de 0 a 1	IGR _{OD} ≥ 1,5	0	1,5 > IGR _{OD} > 0,5	0 < V < 1	IGR _{OD} ≤ 0,5	1												
Indicador OD	Pontuação_{OD}																						
Resultado OD	Valor de 0 a 1																						
IGR _{OD} ≥ 1,5	0																						
1,5 > IGR _{OD} > 0,5	0 < V < 1																						
IGR _{OD} ≤ 0,5	1																						
	Para Operadoras do Segmento MH, que operam planos com cobertura odontológica: 95% x Pontuação MH + 5% x Pontuação OD																						

4.3 Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (peso 2) - IDGR

Indicador	Resumo das Alterações	Justificativa
4.3 Razão TISS/DIOPS	MÉTODO DE CÁLCULO Total do Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde / Total do valor em Reais da Despesa Assistencial e da Receita de Corresponsabilidade Cedida DENOMINADOR De: “Total do valor em Reais da Despesa Assistencial – corresponde ao valor em Reais da Despesa Assistencial dos EVENTOS/ SINISTROS CONHECIDOS OU AVISADOS de ASSISTÊNCIA À SAÚDE HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA, informados no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS, conforme estabelece sua Norma, no período considerado. As contas dessas despesas consideradas no DIOPS para comparação com o valor informado no TISS são:” 411111011 (...) 411622067. Para: “Total do valor em Reais da Despesa Assistencial e da Receita de Corresponsabilidade Cedida – corresponde ao valor em Reais da Despesa Assistencial dos EVENTOS/ SINISTROS CONHECIDOS OU AVISADOS e da Receita de CONTRAPRESTAÇÕES DE CORRESPONSABILIDADE CEDIDA, de ASSISTÊNCIA À SAÚDE HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA, informados no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS, conforme estabelece sua norma, no período considerado. As contas consideradas no DIOPS para comparação com o valor informado no TISS são:” 311711011;311711013;311711021;311711023;311711031;311711033; 311711041;311711043;311711051;311711053;311711061;311711063; 311712011;311712031;311712033;311712041;311712043;311712051; 311712053;311712061;311712063;311721011;311721013;311721021; 311721023;311721031;311721033;311721041;311721043;311721051; 311721053;311721061;311721063;311722011;311722031;311722033; 311722041;311722043;311722051;311722053;311722061;311722063; 411111011; (...) 411622067.	Após aprovação da ficha do indicador 4.3 para o ano-base 2024, houve questionamento a respeito de um entendimento contábil. O entendimento contábil trata das situações de repasse de beneficiários entre operadoras, em pré-pagamento (contratação de operadora como prestadora de serviços). Para ajustar a ficha, é necessário alterar o método de cálculo, a descrição dos termos utilizados no indicador e as contas contábeis listadas na fonte de dados do denominador. Importante justificar que as contas de receita fizeram parte do cálculo do indicador em anos anteriores (ex: anos-base 2021 e 2022), e haviam sido retiradas após um ajuste realizado no plano de contas do DIOPS, com a criação das contas 4116, que abarcavam operações em co-responsabilidade cedida de preço pós estabelecido. No entanto, verificou-se que quando a operadora repassa seus beneficiários para outra operadora, em pré-pagamento (para que atue como prestadora de serviços), a razão TISS/DIOPS medida no indicador resta prejudicada e o resultado do indicador 4.3 é afetado, bem como outros indicadores do IDSS dependentes de dados do TISS. Para sanar este problema, foram incluídas na ficha as contas 3117 no denominador do indicador, de forma a manter a correta comparação entre os valores do TISS e do DIOPS.



IDSS 2026 - ano-base 2025

Alterações de escopo realizadas nos indicadores

Dimensões 1 - IDQS e 2 - IDGA

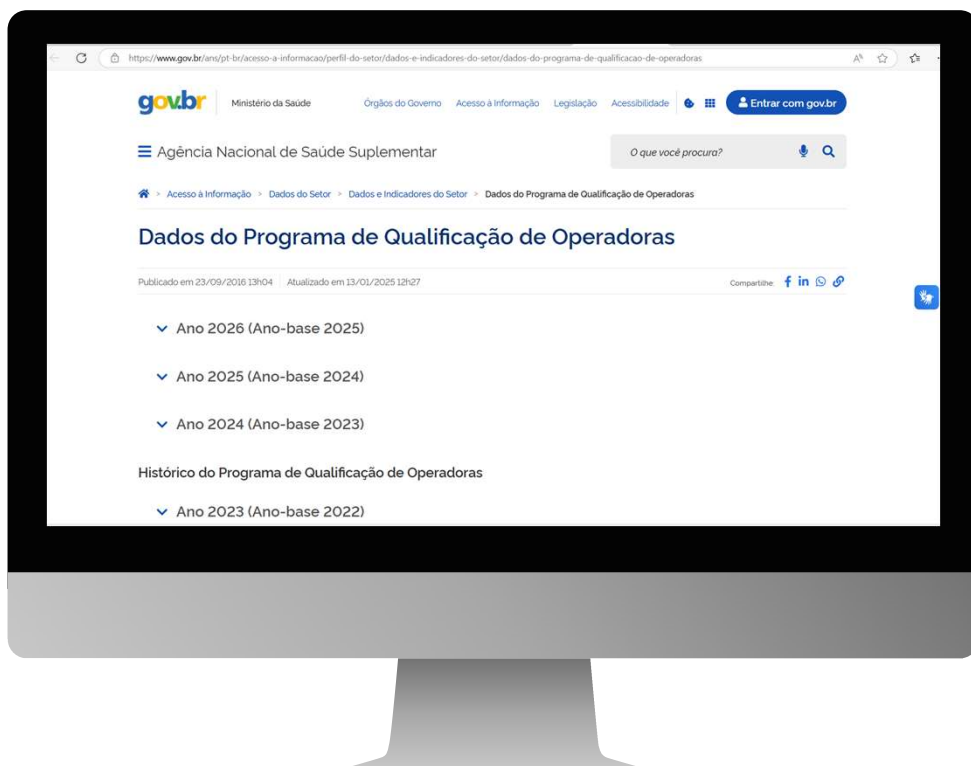
Indicador	Resumo das Alterações	Justificativa
1.9 - Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos	Inclusão do código TUSS 10101020 - Consulta em domicílio no Numerador	Solicitação do setor e incentivo às operadoras a uma melhor e mais adequada assistência aos idosos.
2.1 – Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário	Atualização do fator redutor de pontuação relacionado ao Ressarcimento ao SUS aplicado sobre o indicador, com consequente ajuste da meta e do critério de pontuação: -Meta de <u>sessões de hemodiálise crônica</u> por beneficiário por ano: De: 0,062 Para: 0,087 (ou seja, cerca de 80% do valor esperado de 0,109 sessões por beneficiário por ano.) -Pontuação da Taxa de Utilização do SUS: De: inferior a 0,0011513 Para: inferior ao valor do Percentil 80 (P80) -Atualização da apuração da Taxa de Utilização do SUS De: Eventos identificados no SUS = Fator atendimentos não impugnados + (Fator de atendimentos impugnados x Fator de Ajuste no ano-base) Para: Eventos identificados no SUS = Fator atendimentos não impugnados + (Fator de deferidos ressarcíveis + Fator de indeferidos) + (Fator atendimentos avaliando x Fator de Ajuste no ano-base)	O indicador visa avaliar a evolução da realização das sessões de hemodiálise crônica, com vistas a verificar possíveis situações de restrição de acesso aos serviços de diálise. Portanto, os valores precisam de atualização periódica, a fim de identificar operadoras com baixa produção de hemodiálise e alta taxa de utilização do SUS ou com insuficiência de rede de tratamento dialítico. Por isso a necessidade de atualização da meta. O percentil 80 incluído para apuração da Taxa de Utilização do SUS refletirá o comportamento do setor. Ademais, a atualização dos eventos identificados no SUS teve como objetivo aumentar a acurácia do indicador ao instituir na contabilização os atendimentos já indeferidos, deferidos parcialmente e estimar apenas sobre o que está avaliando.
2.2 - Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos	Inclusão do código TUSS 10101020 - Consulta em domicílio no Numerador	Solicitação do setor e incentivo às operadoras a uma melhor e mais adequada assistência aos idosos.
2.3 - Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas	Revisão completa da ficha para uso do Padrão TISS na <u>parcela de dispersão</u> do indicador 2.3. De: Numerador: Nº de Municípios na área de atuação dos produtos com serviços de urg e emer 24h (CNES e RPS) Denominador: Nº de Municípios com previsão de cobertura de urg e emer 24h (CNES) Para: Numerador: Nº de Municípios na área de atuação dos produtos com serviços de urg e emer 24h (CNES ou TISS, e RPS) Denominador: Nº de Municípios com previsão de cobertura de urg e emer 24h (CNES ou TISS) e Validação do município dos prestadores da base do Padrão TISS com a base da Receita federal. A principal vantagem da nova metodologia é ampliar os sistemas de identificação dos estabelecimentos odontológicos nos municípios com previsão de cobertura na área de atuação da operadora no RPS.	O padrão TISS já foi introduzido na apuração do indicador 2.5 Dispersão de rede Odontológica para o ano-base 2024. Assim foi feita a adequação do indicador 2.3 para compatibilizar as metodologias de apuração. Numerador: Inclusão da validação dos municípios dos estabelecimentos informados pela operadora no RPS, que fazem parte da Área de Atuação dos Planos da operadora, não apenas no CNES, mas também no Padrão TISS. Denominador: A identificação dos municípios com disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24h era realizada exclusivamente por meio da base CNES; passará a ser realizada também por meio da base do Padrão TISS, com as informações de todas as operadoras que ofereceram planos com essa cobertura no ano-base avaliado. A inclusão da base TISS como fonte de dados no numerador e denominador aumenta a base de pesquisa de estabelecimentos que ofertam serviços de assistência de Urgência e Emergência 24h; e reduz a dependência do indicador em relação ao CNES.

Dimensões 3 – IDSM e 4 - IDGR

Indicador	Resumo das Alterações	Justificativa
3.2 - Taxa de Intermediação Resolvida (TIR Anual) -Peso Zero NOVO	NOVO INDICADOR - PESO ZERO EM 2025 - EM SUBSTITUIÇÃO AO INDICADOR 3.2 TAXA DE RESOLUTIVIDADE DE NIP O Indicador 3.2 Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar (TR) será substituído por este novo indicador: 3.2 - Taxa de Intermediação Resolvida (TIR Anual), que permite avaliar a capacidade de resolução consensual de conflitos entre Beneficiários e Operadoras de Plano de Saúde, por meio de mediação da ANS, ainda na fase eletrônica, seja a demanda de natureza assistencial ou não assistencial. Forma de cálculo: De: (Total de demandas NIP classificadas como INATIVA, NP ou RVE) / (Total de demandas NIP classificadas como INATIVA, NP, RVE ou Núcleo) Para: (Total de demandas NIP classificadas como INATIVA) / (Total de demandas NIP classificadas como INATIVA, NP, RVE, Núcleo ou Em andamento)	A vantagem da TIR em relação a TR é que ela utiliza todas as demandas, classificadas ou não. Este novo indicador, já medido internamente, não é afetado pelo passivo de reclamações. Dentro desse cenário, é importante a adoção da TIR no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), tendo em vista que estimula a mediação na fase eletrônica quando não possível evitar o cadastro de NIP, o que se revela eficaz para os beneficiários. Visa medir a capacidade de resolução da operadora na fase da mediação eletrônica da NIP. Ademais, a recém aprovação pela Diretoria Colegiada de Instrução Normativa nº 36/2024 relacionada ao monitoramento da garantia de atendimento tem intercessão clara com a TIR, na medida em que dispõe em seu art.6º que o cálculo daquele indicador terá como fontes "o quantitativo referente a cinquenta por cento das demandas de reclamações mencionadas no art. 4º, geradas no período de avaliação e indicadas como "Não resolvidas" após retorno do beneficiário para informar sobre a solução da demanda."
4.2 - Taxa de utilização do SUS	Revisão da ficha do indicador, com atualização dos parâmetros de avaliação de ressarcimento ao SUS (considerando os resultados das análises: impugnações, deferimentos ressarcíveis e indeferimentos. Introdução da Padronização Estatística direta por Faixa Etária e Sexo do beneficiário.	Foi avaliada a necessidade de atualização da apuração da Taxa de Ressarcimento ao SUS. O objetivo foi aumentar a acurácia do indicador ao instituir na contabilização os atendimentos já indeferidos, deferidos parcialmente e estimar apenas sobre o que está avaliando. A introdução da padronização estatística para fins de comparação dos resultados das operadora se deu pois observou-se que a Utilização do SUS é fortemente afetada pela faixa etária e sexo dos beneficiários.
4.3 - Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS/DIOPS)	Inclusão de contas 31 para apuração do denominador do indicador (Total do valor em Reais da Despesa Assistencial) Apuração do Denominador - DIOPS: De: contas 41 Para: contas 41 e 31	Operadora que possui quase 100% dos seus eventos em compartilhamento de riscos por corresponsabilidade transferida no formato de remuneração capitation não teria guias para informar, sendo necessário ajustar as contas para compatibilização com o TISS.



IDSS ANO-BASE 2024 E ANO-BASE 2025



- As fichas consolidadas, já com as retificações, estão disponíveis no portal da ANS, na página do PQO, após aprovação da DICOL, em: **Acesso à Informação / Dados do Setor / Dados e Indicadores do Setor / Dados do Programa de Qualificação de Operadoras**
- **Publicada notícia/aviso no portal operadoras, para dar ciência dos ajustes realizados.**

Obrigada!

 DISQUE ANS
0800 701 9656

 Formulário eletrônico
www.gov.br/ans

 Atendimento presencial
12 Núcleos da ANS

 Atendimento exclusivo
para deficientes auditivos
0800 021 2105

 [ans.reguladora](https://www.facebook.com/ans.reguladora)

 [@ANS_reguladora](https://twitter.com/ANS_reguladora)

 [compay/ans_reguladora](https://www.linkedin.com/company/ans_reguladora)

 [@ans.reguladora](https://www.instagram.com/ans.reguladora)

 [ansreguladoraofic](https://www.youtube.com/ansreguladoraofic)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

