

QUESTIONAMENTOS – OFICINAS IDSS e TISS

DATA 28 E 29 DE MARÇO/2023

DÚVIDAS SOBRE OS INDICADORES DO IDSS ANO-BASE 2022 E SOBRE O TISS

Programa de Qualificação de Operadoras

QUESTIONAMENTOS – OFICINAS IDSS e TISS – 28 E 29 DE MARÇO/2023

I - DÚVIDAS SOBRE OS INDICADORES DO IDSS ANO-BASE 2022

- **Programa de Operadora Acreditada:**

- É exigido que todos os índices do IDSS estejam acima de 0,6, para a Operadora ser acreditada, mas para operadora exclusivamente odontológica as exigências no índice Taxa da primeira consulta e dispersão da rede credenciada é quase impossível chegar 0,6. No IDSS 2022, apenas 16,7% das Odontologias de Grupo tiveram nota na dimensão IDGA acima deste valor, sendo esse percentual de 9,6% no IDSS 2021 e 16%. A ANS está avaliando alguma revisão nos indicadores desta dimensão do IDSS, para adequá-los melhor a realidade do setor de Odontologia Suplementar?

Resposta: A ANS está ciente do pleito do setor acerca das dificuldades relatadas pelas operadoras exclusivamente odontológicas quanto ao atendimento dos pré-requisitos para a acreditação. Várias sugestões foram encaminhadas por entidades representativas das operadoras do segmento odontológico, e a ANS está analisando as propostas apresentadas.

- **1.2 – Taxa de Consultas de Pré-Natal**

- Somente são consideradas as guias que forem identificadas terminologia com o tipo3? Ou as consultas com os CBOs mencionados, mas que não for do tipo 3 vai contar também?

Resposta: O numerador do indicador considera o ‘Número de consultas médicas de pré-natal realizadas pela operadora nas beneficiárias, univocamente identificadas, grávidas no ano-base e no ano anterior (até 42 semanas antes do parto)’.

Para identificação das consultas no TISS, são consideradas consultas do tipo 3 (pré-natal) realizadas por médico ginecologista e obstetra, médico de família e comunidade, generalista ou clínico. Também são consideradas as consultas de atendimento ambulatorial realizadas por médico ginecologista e obstetra.

A descrição detalhada dos códigos considerados consta na ficha técnica do indicador, conforme transcrito a seguir:

“Numerador: [Tipo de Consulta = 3 (consulta de pré-natal) nas guias de consulta ou de SP/SADT (não vinculadas a evento de internação) com os seguintes CBOs: CBO 225250 (Médico ginecologista e obstetra); CBO 225130 (Médico de família e comunidade); CBO 225170 (Médico generalista); CBO 225125 (Médico clínico)], realizadas nas 42 semanas antes do parto

+

[Atendimento ambulatorial código TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), 10101012 (Consulta em consultório no horário normal ou preestabelecido) com CBO 225250 (Médico ginecologista e obstetra)], realizadas nas 42 semanas antes do parto.”

- **1.4 - Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 anos**

- **As consultas de Recém-Nascidos - RN no cartão da mãe/pai serão consideradas para o próximo exercício? essa questão do RN é importante dentro do novo cálculo do indicador 1.4. A guia é sinalizada como RN. Poderiam validar esse campo da guia?**

Resposta: O processamento do indicador 1.4 considera, para a identificação unívoca do beneficiário, o CNS. Até que o recém-nascido tenha um CNS cadastrado no SIB, não é possível identificar suas consultas no processamento do indicador. Considera-se que este número/quantitativo é residual, no entanto, a operadora poderá ajustar a informação da Guia TISS para o ano-base 2022, incluindo o CNS do recém-nascido, tão logo tal número seja disponibilizado. Atualizações realizadas até a data de corte do IDSS (30/04/2023) serão consideradas na apuração do indicador.

Por fim, como a utilização do plano do responsável pelo recém-nascido se dá por um curto período (até 30 dias), o volume de consultas que não estão sendo contabilizadas parece muito baixo para ensejar uma mudança no indicador.

- **Se uma criança tem menos de 1 ano se ela tiver 12 consultas, considera apenas 8 para o indicador?**

Resposta: Sim, uma criança com menos de 1 ano só terá até a 8ª consulta contada para cálculo do indicador. Se realizar mais do que 8 consultas, não há problemas. Apenas as consultas excedentes não serão consideradas no cálculo. Portanto, a meta são, pelo menos 8 consultas. A fórmula de cálculo deixa este fato claro. Não obstante, faremos a proposta de aprimoramento da forma de escrita da meta na próxima versão da ficha do indicador, para o ano-base 2023.

- **Número de consultas ambulatoriais com pediatra ou médico de família e comunidade para beneficiários com idade entre 1 e 4 anos univocamente identificados, até a 2ª consulta, conta somente 2, o excedente é descartado?**

Resposta: Sim, uma criança com idade entre 1 e 4 anos só terá até a 2ª consulta contada para cálculo do indicador. Se realizar mais do que 2 consultas, não há problemas. Apenas as consultas excedentes não serão consideradas no cálculo. Portanto, a meta são, pelo menos 2 consultas. A fórmula de cálculo deixa este fato claro. Não obstante, faremos a proposta de aprimoramento da forma de escrita da meta na próxima versão da ficha do indicador, para o ano-base 2023.

- **A respeito do indicador 1.4, serão consideradas os números inferiores ao máximo estabelecido? Ex.: o método do cálculo contabiliza até 08 consultas para crianças até 01 ano. No caso de 01 consulta realizada, será computada ou não? Já que quem fizer acima de 8 não vai mais contar?**

Resposta: Sim, serão consideradas as consultas até o número máximo estabelecido como meta. Se uma criança com menos de 1 ano de idade realizar apenas 1 consulta, esta será computada no cálculo do indicador. Quanto às consultas excedentes, acima de 8, não serão consideradas no cálculo desse indicador.

A pontuação da operadora dependerá do resultado apurado para todas as crianças da carteira. Operadoras que não atingirem a meta de consultas por criança, receberão uma pontuação escalonada, inferior à nota máxima (1).

- **1.11 - Participação em Programas de Indução de Melhoria da Qualidade:**

- **Como as operadoras podem se cadastrar para participar do programa previsto no indicador 1.11?**

Resposta: O indicador 1.11 Participação em Programas de Indução de Melhoria da Qualidade tem por objetivo incentivar a operadora a participar do Programa de Certificação de Boas Práticas à Saúde ou dos Projetos de Indução da Qualidade propostos pela ANS de forma voluntária.

É atribuída uma pontuação base ao resultado do Índice de Desempenho da Qualidade em Atenção à Saúde – IDQS, para as operadoras que participam do Programa de Certificação em Boas Práticas de Atenção à Saúde ou em Projetos de Indução de Qualidade vigentes no ano-base:

(1) Certificação em Atenção Primária à Saúde – APS;

(2) Projeto-piloto em APS Cuidado Integral à Saúde; e

(3) Parto Adequado.

Em relação ao Projeto-piloto em APS Cuidado Integral à Saúde, para receber a pontuação, a operadora deverá ter:

- Assinado o Termo de Responsabilidade junto à ANS na adesão ao projeto - piloto em APS;
- Realizado as atividades no âmbito do Projeto Cuidado Integral à Saúde, incluindo o envio dos dados dos indicadores solicitados; e
- Caso a operadora tenha se desligado voluntariamente do projeto no ano-base avaliado, não fará jus à pontuação.

Cabe ressaltar que atualmente têm 17 operadoras participantes, não há possibilidade de novos entrantes antes do término dos 36 meses de acordo.

Para obter a pontuação base para Certificação em APS, de acordo com o Nível de Certificação, operadora deve cumprir os seguintes itens:

- Ter obtido a Certificação ou Recertificação em APS, emitida por uma Entidade Acreditadora em Saúde reconhecida pela ANS (para fins de pontuação, será considerada a data de emissão do certificado pela Entidade Acreditadora; a certificação deve ter estado vigente por pelo menos 180 dias do ano-base avaliado para pontuação);
- Caso tenha ocorrida perda da certificação por descumprimento dos pré-requisitos ou comprovação de irregularidades previstos na RN 506/2022 a operadora não fará jus à pontuação.

A Operadora receberá a pontuação de acordo com o Nível de Certificação obtido sendo:

Nível I: 0,30

Nível II: 0,25

Nível III: 0,20

Com relação ao Parto Adequado, não há cadastro aberto no momento para Projetos-Piloto. No que se refere ao “Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde” (PCBP), foi instituído recentemente o “Manual de Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (CBP Parto Adequado - Operadoras)”, a partir da publicação da Resolução Normativa – RN nº 572, de 23 de fevereiro de 2023, que alterou a RN nº 506, de 30 de março de 2022.

Todas as informações referentes a como a operadora pode participar dos programas contemplados no indicador estão disponíveis no site da ANS (em <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude>).

- **1.12 Participação no Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor:**

- Na ficha técnica está descrito que a operadora receberá o bônus de 0,10 - referente à pontuação base dada pela participação no Projeto-Piloto Modelos de Remuneração baseados em valor. Recentemente a ANS lançou o 2º edital, mas ainda não saiu o resultado. Para o ano base 2022 (especificamente), serão consideradas operadoras do 1º Edital ou do 2º edital. Na ficha técnica não está clara.

Resposta: O primeiro edital publicado agosto de 2019, no site da ANS, será considerado até o ano-base 2022 para efeito de pontuação no Indicador 1.12 - Participação no Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor.

Em novembro de 2022, a ANS lançou o segundo edital 2.0 de participação no Projeto Modelos de Remuneração Baseados em Valor, cujas inscrições ocorreram entre 16/11/2022 e 28/02/2023, e as operadoras participantes serão pontuadas a partir do ano-base 2023.

- **2.1 - Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário**

- Por que a hemodiafiltração entrou no cálculo do IDSS e não ocorreu a mudança para o SIP? O Indicador de "Nº de sessões de hemodiálise crônica por beneficiário" do Mapeamento de Risco Assistencial fica prejudicado devido à falta de inclusão desse procedimento.

Resposta: O procedimento de hemodiafiltração foi incorporado recentemente. A tabela De-Para SIP xTUSS está sendo atualizada e será publicada o mais prontamente possível. Com a revisão do De Para SIP x TUSS essa alteração também será considerada para o Mapeamento do Risco Assistencial.

- Sobre a Hemodiálise, a OPS recebe as despesas do SUS com prazo superior a 1 ano após a utilização do beneficiário. Não conseguimos saber quem HOJE está em tratamento. Sendo assim, quando agimos ao receber a ABI, muitas vezes não há mais tempo hábil para reverter a utilização do SUS para a operadora.

Resposta: A utilização do SUS é apurada para o indicador de hemodiálise apenas para reduzir a pontuação de operadoras que ultrapassam a taxa de utilização de 0,006663 ao ano. Nestes casos, as operadoras podem receber a penalidade de redução da nota em até 20%. Verificou-se que apenas 6 operadoras foram penalizadas no IDSS 2021 pela sobreutilização do SUS, com base neste parâmetro.

A ANS vem acompanhando as taxas de utilização do procedimento, tanto no SUS como na saúde suplementar, identificando a manutenção de um padrão conhecido ao longo dos anos. Além disso, considerando tratar-se de procedimento seriado para tratamento de pacientes crônicos, onde é recorrente a utilização por vários anos, o lapso temporal entre o evento no SUS e a notificação do ABI à operadora (hoje reduzido para 1 ano), é suficiente para identificar os usuários e trabalhar para a sua inclusão na rede suplementar.

Por fim, vale destacar que o indicador se propõe ao estímulo da oferta de rede e acompanhamento da saúde dos pacientes de maneira que não se limite à ação corretiva, redirecionando pacientes do SUS para a sua rede, mas também identificando os potenciais pacientes e ofertando a eles o tratamento necessário.

- A Operadora tem 50% dos beneficiários em planos antigos, o que impacta no resultado do indicador.

Resposta: Há uma crítica aplicada ao indicador 2.1 que prevê a não aplicabilidade do indicador (indicador não é calculado para a operadora), quando 100% dos beneficiários da operadora estão em planos antigos, pois a cobertura de hemodiálise em plano antigo não é regulamentada pela ANS, e neste caso, a análise da cobertura depende de cada contrato, e da informação de contrato adaptado ou não.

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.

Não obstante, a ANS fará a análise das operadoras cujo percentual de planos antigos é elevado na carteira, de forma a rever a crítica para o ano-base 2023.

• 2.2 - Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos:

- No indicador de consulta com generalista por idosos (2.2), gostaríamos de saber qual seria a possibilidade de considerar na fórmula o acompanhamento de saúde feito junto ao cardiologista, tendo em vista que os idosos, na maioria das vezes, possuem este profissional como referência, de modo que não estão desassistidos, tendo a garantia ao acesso, como propõe a dimensão. Há um pedido da Fenasaúde solicitando inclusão das seguintes especialidades para o indicador 2.2. Cardiologista (CBO 225120), Neurologista (225112), Reumatologia (225136) e Endocrinologista (225155).

Resposta: A consideração dos códigos destes especialistas no cálculo de indicadores voltados para consultas com generalistas foi solicitada e debatida com o setor, na elaboração das fichas técnicas, em 2017. Este pleito não foi acatado, pois entendeu-se que especialistas não podem ser considerados generalistas, mesmo quando são "eleitos" pelos beneficiários como o médico de referência. Essa mudança no modelo de atenção das operadoras tem sido bastante discutida nos fóruns de APS (projetos piloto) e as boas práticas de APS estão dispostas na certificação em APS. Havendo algum pleito pendente de resposta na ANS (e-mail, SIF ou processo) será respondido. Temos um grande volume de demandas, e as vezes as respostas podem demorar um pouco.

- A respeito do indicador 2.2, serão consideradas os números inferiores ao máximo estabelecido? Ex.: o método do cálculo contabiliza até 02 consultas com generalista por idoso. No caso de 01 consulta realizada, será computada ou não? ou vai pontuar somente quem fizer 2 consultas já que quem fizer acima de 2 não vai mais contar?

Resposta: Sim, serão consideradas as consultas até o número máximo estabelecido como meta. Se um idoso realizar apenas 1 consulta, esta será computada no cálculo do indicador. Quanto às consultas excedentes, acima de 2, não serão consideradas no cálculo desse indicador.

A pontuação da operadora dependerá do resultado apurado para todos os idosos da carteira. Operadoras que não atingirem a meta de consultas por idoso, receberão uma pontuação escalonada, inferior à nota máxima (1).

• 2.5 - Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica

Para planos com cobertura nacional, teríamos que ter um prestador cadastrado em cada município do Brasil (100% dos municípios com previsão de cobertura)?

Resposta: Não. Os municípios utilizados no denominador do indicador (parte de dispersão) são aqueles com disponibilidade de Prestadores Odontológicos, na área de atuação dos produtos da operadora. No caso de planos nacionais, é apurada a quantidade de municípios que possuem um dos 3 serviços: “Cirurgião-Dentista” ou “Equipo Odontológico” ou “Raio X Dentário”.

Serão considerados para a quantificação dos municípios os estabelecimentos classificados no CNES na seção Atendimentos Prestados, Tipos de Atendimento “Ambulatorial” ou “SADT”, que possuam ao menos um convênio diferente de “SUS”.

Os estabelecimentos classificados no CNES no campo “Natureza Jurídica”, do tipo “Administração Pública, Órgão Público do Poder Executivo Federal”, dentre outros, conforme tabela indicada na ficha técnica do indicador, não serão considerados para a quantificação dos municípios.

A título exemplificativo, no ano-base 2021, dos 5.570 municípios brasileiros, somente 2.960 atendiam aos critérios de apuração do denominador, e foram considerados no cálculo, para plano nacional. Portanto, se o município não dispões de nenhum dos 3 serviços, a operadora não será penalizada. Ademais, das 186 operadoras avaliadas, apenas 69 possuíam planos nacionais.

Ressalta-se que para apuração do indicador de dispersão de prestadores na rede assistencial odontológica, basta a operadora ofertar um dos 3 serviços no município da área de atuação do produto: “Cirurgião-Dentista”, “Equipo Odontológico” e “Raio X Dentário”, e não os 3 conjuntamente.

• 2.6 - Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Acreditação

- A ficha técnica aponta que a fonte de dados dos certificados de acreditação é o QUALISS, a dúvida é de como é realizada a identificação dos hospitais com acreditação? É por envio via prestadores? Se sim, por qual canal/plataforma? Ou ainda, se a ANS faz uma comunicação/busca ativa com as acreditadoras? Outra dúvida é se para entrar no QUALISS e/ou contabilizar os hospitais acreditados para cálculo do indicador 2.6, são consideradas creditações de qualquer nível ou apenas nível de excelência?

Resposta: Seguem alguns esclarecimentos sobre o cálculo do indicador 2.6:

Para o cálculo deste indicador, são utilizadas informações do total de utilizações dos prestadores hospitalares cadastrados no RPS pelos beneficiários da Operadora, e não apenas o total de prestadores cadastrados.

Ademais, de acordo com a ficha técnica do indicador, o atributo previsto para cálculo do indicador é:

- ✓ Acreditação – cujas informações enviadas pelas acreditadoras para ANS (via webservice, e que alimentam diretamente o sistema buscador do QUALISS disponível no Portal da ANS).

Esclarecemos, portanto, que são utilizadas informações referentes aos prestadores que possuem acreditação, verificados através dos dados do Programa Qualiss, enviados diretamente para a ANS pelas Entidades Acreditadoras, que estivessem válidas por pelo menos 180 dias no ano-base avaliado. É possível verificar os prestadores com atributos de qualidade na presente data no Portal da ANS, em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/buscador-do-qualiss>.

Portanto, os prestadores de serviços de saúde não necessitam enviar informações para a ANS. As próprias Entidades Acreditadoras são responsáveis pelo envio das informações.

Por fim, esclarecemos que, de acordo com a Resolução Normativa nº 510/2022, que regulamenta o Programa Qualiss, para fins do Programa, são considerados como atributos de qualificação na modalidade de Certificados de Acreditação, aqueles obtidos em metodologia:

I - por níveis, ou seja, com escalonamento dentro da metodologia, desde que atingido o nível máximo; e

II - sem níveis.

Desta forma, esclarecemos que somente são consideradas as creditações em nível máximo, nos casos que a metodologia previr níveis de acreditação.

- No Buscador do Qualiss, é possível gerar uma planilha com todos os prestadores que possuem Acreditação. No entanto, nessa planilha não tem a data de validade dos Certificados (a data só aparece na consulta individual, em tela). A ANS poderia alterar a parametrização da planilha e incluir mais uma coluna com a data de validade?

Resposta: Será solicitada a inclusão desta informação na planilha, e tão logo seja possível, a sugestão será implementada.

- Em algum momento entrou em pauta para os ajustes nos indicadores, quando observado os critérios do item 2.6 Frequência de Utilização de Hospitais com Acreditação (RN 510/2022), o fato de apenas ser elegível para pontuação rede de hospitais com acreditação em nível máximo, e não em nível pleno, pelo menos?

Resposta: Os critérios de pontuação para o indicador 2.6 permanecem observando o disposto na RN 510/22, que dispõe sobre o Programa QUALISS. Esta Resolução estabelece que os Certificados de Acreditação considerados válidos são aqueles documentos emitidos por Entidade Acreditadora de Serviços de Saúde, com prazo de validade, reconhecendo formalmente que um prestador de serviços de saúde atende a requisitos associados ao aprimoramento da gestão e a melhoria na qualidade da atenção à saúde. Devem ser considerados Certificados de Acreditação, aqueles obtidos em metodologia:

I - por níveis, ou seja, com escalonamento dentro da metodologia, desde que atingido o nível máximo; e

II - sem níveis.

Para o Programa Qualiss, quando o Certificado de Acreditação tiver nível inferior ao nível máximo, esse será considerado certificado equivalente aos emitidos por Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade. Este certificado, portanto, não conta para pontuação no IDSS.

Informamos que não há previsão, neste momento, para que a RN 510/22 seja alterada. Não obstante, os estudos e análises para a sua reformulação já foram iniciados e, em momento oportuno, serão objeto de debates e consultas junto ao setor.

- Em relação à acreditação de qualidade (ex.: ONA) a pontuação consegue máxima ou somente para acreditação máxima em relação a nível? ONA Nível 2 pontuaria total?

Resposta: De acordo com a Resolução Normativa nº 510/2022, que regulamenta o Programa Qualiss, para fins do Programa, são considerados como atributos de qualificação na modalidade de Certificados de Acreditação, aqueles obtidos em metodologia:

I - por níveis, ou seja, com escalonamento dentro da metodologia, desde que atingido o nível máximo; e

II - sem níveis.

Desta forma, esclarecemos que somente são consideradas as creditações em nível máximo, nos casos que a metodologia previr níveis de acreditação.

- **2.7 - Frequência de Utilização de Rede de SADT com Acreditação**

- No indicador 2.7 Rede SADT com Acreditação, a ANS considera certificado DICQ como atributo de qualidade?

Resposta: A Entidade DICQ, não atua mais como Entidade Acreditora junto ao Qualiss, somente como Entidade Gestora de Outros Programas de Qualidade. Desta forma os certificados de qualidade emitidos por ela não são válidos para fins de pontuação no indicador 2.7 do IDSS.

- **3.1 - Índice de Capital Regulatório (ICR):**

- Levando em consideração o indicador 3.1. Índice de Capital Regulatório (ICR) (Solidez do seu Plano de Saúde), a ANS precisa buscar alternativa para distinguir a conta médica atrasada recebida por problemas operacionais do prestador (exceção aberta pela operadora), da conta paga com atraso por culpa da operadora. Esta alteração não comprometeria o enquadramento correto da PEONA.

Resposta: Inicialmente cabe ressaltar que a avaliação do capital regulatório trata de adequação às regras de capital regulatório. Dito isso, é importante destacar que a PEONA está relacionada à adequação com as provisões técnicas, com normativo específico. Ademais, importante destacar que a estimativa de PEONA é de responsabilidade da operadora e busca quantificar a expectativa de contas médicas ocorridas e não avisadas a partir de um histórico do tempo entre ocorrência do atendimento e seu registro na contabilidade da operadora, independentemente da motivação para existência desse intervalo de tempo (seja por problemas operacionais do prestador ou da operadora).

- **3.3 - Índice Geral de Reclamação Anual (IGR Anual):**

- Sobre o IGR existe alguma discussão sobre uma nova metodologia de cálculo que leve em conta o tamanho do porte das operadoras?

Resposta: Não. O indicador já considera o número de beneficiários da operadora para sua apuração.

- Considerando a ressalva que consta na ficha técnica, relativa a diferença entre o IGR calculado no Painel do Índice Geral de Reclamações" (pág. 275), bem como a atual divisão do IGR por cobertura assistencial (assistência médica / exclusivamente odontológica), haverá três resultados de IGR distintos? Os resultados diferentes não desvirtuam o objetivo central de haver um índice geral?

Resposta: A ressalva que consta na ficha é a seguinte:

"Os resultados do indicador "Índice Geral de Reclamações (IGR) anual" calculado no para o IDSS retrata a extração do ano-base avaliado, com as classificações da data de corte. Já o IGR calculado no Painel do Índice Geral de Reclamações, divulgado mensalmente, no portal da ANS visa ao acompanhamento da evolução das demandas de reclamação em face das operadoras. Portanto, a comparação dos resultados pode apresentar oscilações."

Portanto, são apenas 2 IGRs para a operadora. A diferença entre eles é apenas o período de cálculo. O do IDSS é anual, com base nas informações do ano-base, em 30 de abril do ano seguinte ao ano-base avaliado. Já o IGR do painel é calculado mensalmente, e pode comparado com o IGR do setor, agrupado de diversas formas, por exemplo: por porte, ou por cobertura assistencial (MH ou OD).

- **3.5 – Pesquisa de Satisfação do Beneficiário:**

- Quando estará disponível o E-protocolo para envio da pesquisa?

Resposta: A funcionalidade para envio da pesquisa via e-protocolo foi disponibilizada em 30/03/2023, e as operadoras tem até 30/04/2023 para realizar o envio.

Vale lembrar que os resultados da pesquisa que já foram enviados via E-protocolo, sem utilizar o formulário específico, também serão analisados pela ANS.

Ao final das análises, a ANS enviará ofício às operadoras com deferimento ou indeferimento da pesquisa para pontuação do IDSS.

- Para acessar o E-Protocolo - deverá ser utilizado o navegador Google Chrome para acesso ao Portal Operadoras e dentro deste ambiente, o Sistema de Protocolo Eletrônico;
- O novo protocolo a ser escolhido é: Tipo de protocolo - "DIDES-Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)"; Assunto - "Envio do resultado da pesquisa de satisfação ano-base 2022";
- O usuário terá 30 minutos para preencher os campos solicitados. Caso necessite de mais tempo, pode salvar o formulário como rascunho e reiniciar o preenchimento dos campos em outro momento. Conforme explicado no manual do Portal Operadoras, em "Petições em Rascunho";
- Caso o usuário seja o Representante Legal da operadora perante a ANS, o novo protocolo relativo à Pesquisa de Satisfação já estará disponível no Protocolo Eletrônico de forma automática.

A operadora deve se atentar para o correto envio do Termo de Responsabilidade da Pesquisa. O Termo é gerado automaticamente pelo sistema e deve ser assinado digitalmente pelo Responsável Legal da Operadora e pelo Responsável Técnico (estatístico).

Para mais informações, veja o aviso publicado no portal das operadoras:

<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/avisos-para-operadoras/pesquisa-de-satisfacao-de-beneficiarios-ano-base-2022>

- Como a ANS irá tratar os arredondamentos das respostas na Pesquisa de Satisfação onde a soma das respostas não totalize 100%?

Resposta: Ao enviar as informações da pesquisa, as operadoras devem preencher, em cada um dos 10 quesitos, os valores obtidos em cada opção de resposta (ex: 38,7%, preencher com 38,7). Os valores informados nesses campos deverão ser iguais aos valores apresentados no relatório, contendo os resultados da pesquisa. O somatório de cada questão precisa totalizar 100, ou pelo menos, entre 99 e 101, margem dada para os arredondamentos utilizados.

• 4.3 Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (RazãoTISS/DIOPS)

- Lançamentos de tabela própria são considerados na completude TISS x DIOPS?

Resposta: Sim, pois é considerado o valor total informado da guia. Mas não são considerados para a contagem de procedimentos, pois a ANS não identifica o que é um procedimento com código de tabela própria.

- As guias incorporadas, porém, que constam no relatório de Guias em Aberto, serão contabilizadas no indicador 4.3?

Resposta: O Valor TISS dessas guias já estão no banco de dados do TISS, assim farão parte do numerador do indicador. Quanto ao DIOPS deverão fazer parte do Plano de contas como despesas da operadora.

- Acompanhando o relatório TISS x DIOPS e as fichas técnicas do IDSS, a operadora verificou que as contas de corresponsabilidade cedida do grupo 3 não fazem mais parte do cálculo do indicador 4.3 Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (RazãoTISS/DIOPS). Desta forma, se tais contas foram excluídas do cálculo do denominador do indicador em questão, também deveriam ser desconsideradas do numerador, pois, as informações dos eventos de corresponsabilidade cedida são informadas pelo Monitoramento TISS, com a devida identificação do evento como valor preestabelecido.

Resposta: Devido às mudanças introduzidas no plano de contas da ANS em 2022, os valores que eram contabilizados como Receita de Corresponsabilidade Cedida (3117xxxxx) em 2021, passaram a integrar a conta 4116xxxx.

O cálculo do indicador já está ajustado para manter a coerência na avaliação, de acordo com o novo plano de contas do DIOPS. As informações constam da Ficha técnica do indicador Razão TISS para o ano-base 2022 (pág. 316, link: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras/Fichas_Tcnicas_IDSS_anobse_2022.pdf).

- As seguintes contas não estão contempladas na ficha técnica do indicador 4.3 Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS: 411X1XXX9 (Outras Recuperações) e 411X12XX4 (Recuperação por reembolso do contratante). Não seria correto que tais contas fossem também consideradas no cálculo do Total do valor em Reais da Despesa Assistencial? Qual será a tratativa para a recuperação por reembolso ao contratante (que até a RN 435/2021 era tratada como receita em custo operacional)?

Resposta: Esclarecemos que o batimento da Razão TISS/DIOPS é realizado pelo valor da despesa. O valor do denominador deste indicador, considera o “Total do valor em Reais da Despesa Assistencial”, e as contas dessas despesas consideradas no DIOPS para comparação com o valor informado no TISS são as contas de nove dígitos com final 1 (Despesas com Eventos / Sinistros) e 7 (Despesas com Eventos/Sinistros – Judicial), ou seja, valores brutos, conforme a descrição detalhada das contas, disposta na Ficha Técnica do indicador para o ano-base 2022 (pág. 316, link: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras/Fichas_Tcnicas_IDSS_anobse_2022.pdf)

As contas de recuperações, especificamente: 411X1XXX9 (Outras Recuperações) e 411X12XX4 (Recuperação por reembolso do contratante), não são consideradas no denominador do indicador, visto que a razão TISS / DIOPS é calculada pela comparação dos valores de despesa assistencial da operadora.

- Com relação à alteração no cálculo do indicador 4.3 Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS, gostaria de uma confirmação: a retiradas das contas de receitas (iniciadas com dígito 3) vai ser compensada pela inclusão da conta 4116?

Resposta: Devido às mudanças introduzidas no plano de contas da ANS em 2022, os valores que eram contabilizados como Receita de Corresponsabilidade Cedida (3117xxxxx) em 2021, passaram a integrar a conta 4116xxxx.

Para verificar as contas utilizadas no batimento da Razão TISS/DIOPS consulte a Ficha Técnica do indicador para o ano-base 2022 (pág. 316, link: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras/Fichas_Tcnicas_IDSS_anobse_2022.pdf)

- Como fica o batimento TISSxDIOPS, no caso dos planos em custo operacional, que hoje entram como reembolso do contratante, zerando o custo no Diops?

Resposta: Para o Relatório de Batimento TISS x DIOPS são consideradas os valores informados no TISS e as contas relativas às despesas assistenciais, informadas no DIOPS. Assim, os valores a serem considerados para a comparação de completude são aqueles que, na classificação contábil, sejam especificamente informados no DIOPS como despesas assistenciais - contas do grupo 411, conforme disposto na ficha técnica do Indicador Razão de Completude.

II- DÚVIDAS SOBRE OS PADRÃO TISS

• Envio dos Dados do Padrão TISS

- Quando a operadora contrata um prestador (não credenciado) eventual para um atendimento específico, como essa guia deve ser enviada no TISS?

Resposta: As regras para a informação de atendimentos realizados por prestador eventual constam no Componente Organizacional e no Componente de Conteúdo e Estrutura do Padrão TISS.

- A operadora passou por migração de sistema e identificou que os códigos do preventivo estavam sendo enviados de forma agrupada (código do grupo). Nessa situação, deve ser enviada uma exclusão e nova inclusão de forma individualizada? Ou é possível somente enviar uma alteração?

Resposta: A Operadora deve fazer a exclusão e reenvio da forma correta, do lançamento mais recente até o primeiro

- **A operadora está tentando enviar dados odontológicos (Valor preestabelecido), mas o sistema está apresentando erro e não é possível prosseguir com o envio dos dados anteriores à dezembro/2016. Como proceder?**

Resposta: A ANS fechou a recepção dos dados das competências 09/2014 a 12/2016 em dezembro/2020, conforme Ofício-Circular nº: 3/2020/COIMO/GEPIN/DIRAD-DIDES/DIDES, encaminhado às operadoras em 27/07/2020. Nos termos desse Ofício-Circular, qualquer solicitação para reabertura no sistema de recepção dos dados será tratada como uma excepcionalidade, que deve ser devidamente justificada pela operadora solicitante. Se após o encerramento da recepção dos dados, a Operadora não encaminhou solicitação formal para a ANS, apresentando suas justificativas para o não envio dos dados passados, a fim de que seja avaliada pela área técnica de padronização a possível aplicação da excepcionalidade referida, a Operadora não conseguirá enviar os dados de janeiro/2017 em diante, mesmo que complementações ou correções das competências anteriores, estando de acordo os erros de códigos “5023-competência não está aberta para recepção de dados” e “5045 – competência anterior não enviada”, apontados pelo sistema da ANS.

- **Caso a guia seja tipo 4 (reembolso ao beneficiário) podemos deixar o CBO em branco ou utilizo um valor genérico?**

Resposta: Conforme disposto no Componente de Conteúdo e Estrutura do Padrão TISS, para as guias de origem igual a 4 - Reembolso ao beneficiário ou 5 - Prestador eventual, o campo referente à informação do CBO deve ser preenchido caso a operadora possua o registro da informação.

- **Com relação ao tipo de pagamento na guia (pacote, bundle, etc): por exemplo, se houver um código de pacote e outro código de procedimento normal, qual tipo de pagamento deve ser informado na guia?**

Resposta: Na verdade, você informa o valor em cada tipo. Verifique as orientações gerais no Componente Organizacional do Padrão TISS.

- **Se faltar alguns dos itens, como por exemplo, fornecimento direto, é necessário informar que não teve nada para esse item especificamente?**

Resposta: A operadora deve informar os dados de acordo com o que recebeu do prestador, com os lançamentos referentes aos valores informados na conta. Consulte também as orientações gerais no Componente Organizacional e no Componente de Conteúdo e Estrutura publicados, onde constam essas questões.

- **A operadora possui contrato em repasse com outro operadora pago valor R\$ x por vida repassada. Como devem ser enviadas essas informações (Exemplo: os tratamentos, o valor pago para o repasse)?**

Resposta: A operadora deve consultar as regras constantes no item Regras para o envio de dados à ANS, no Componente Organizacional, relativas ao envio de informações das despesas assistenciais. A responsabilidade do envio das informações é da operadora que detém o contrato com o beneficiário.

- **A OPS tem que enviar as guias glosadas no Monitoramento TISS, porém, a ANS rejeita a guia pelo mesmo motivo que efetuamos a glosa ao prestador. Exemplo: CPF inválido. Como proceder neste caso?**

Resposta: Inicialmente, reitera-se que a operadora deve enviar à ANS todos os movimentos realizados numa conta recebida de seus prestadores, inclusive as glosas. Se a operadora recebeu a conta com o valor informado, processou a mesma e realizou uma glosa por qualquer erro, essa movimentação deve ser encaminhada, assim como as demais, após o reenvio da conta pelos prestadores, em seu recurso de glosa, até o pagamento. Quando a rejeição ocorre no envio de dados para a ANS, temos que o sistema da operadora, ao processar o lançamento, incorreu em algum erro, descumprindo as regras de formação dos arquivos ou de preenchimento dos campos das mensagens. Os erros são apontados nos arquivos de retorno, com rejeição de lançamentos ou mesmo de todo o arquivo. Neste caso, a operadora deve considerar, para a correção desses erros, as orientações constantes no Componente Organizacional, no Componente de Conteúdo e Estrutura e a crítica aplicada ao campo onde o erro ocorreu. Esta crítica deve ser consultada na Tabela de erros no envio dos dados para a ANS. Utilizando-se desse material de apoio ao monitoramento, a operadora poderá corrigir o erro e reenviar o arquivo para incorporação dos lançamentos, garantindo a completude de suas informações.

- **A ANS está rejeitando as guias enviadas com o mesmo número, nas internações (RI, HI e SADT). Qual o motivo?**

Resposta: Cada guia tem seu próprio número. Caso sejam apresentadas guias com o mesmo número de uma guia já incorporada, considerando sua chave completa, ela será rejeitada como “Guia já apresentada”.

Nas internações, o número que permite ligar as diversas guias que a compõem é o número da guia de Solicitação de Internação.

Nos atendimentos ambulatoriais que envolvam mais de uma Guia de SP/SADT e nos tratamentos odontológicos continuados, o número que permite ligar as diversas guias é o número da guia principal de SP/SADT ou de tratamento odontológico.

- **A Guia de Recurso de Glosa não é considerada na avaliação da ANS?**

Resposta: Todas as guias incorporadas à base de dados da ANS no ano-base são consideradas, incluindo as oriundas dos processos de recurso de glosa.

- **Às vezes a operadora emite o relatório contendo um volume de eventos e quando a ANS publica esse número há divergências, ou seja, é importantíssimo a questão do fechamento do evento para ele ser contabilizado.**

Resposta: No que diz respeito ao fechamento do evento para que ele seja contabilizado corretamente no cálculo dos indicadores, é importante considerar as regras 250 a 253, constantes no item Regras gerais para o envio de dados à ANS, do Componente Organizacional do Padrão TISS, versão março/2023.

- **Relatórios e Arquivos de conferência do TISS:**

- **Na ABA “Guias em Aberto”, constam as guias dos Recursos Próprios da OPS, onde há valor informado, mas o valor pago e o valor de glosa são iguais a zero, conforme Padrão. O que significa? Todas as guias que constam nesse relatório querem dizer que não foram corrigidas? Essas guias não são contabilizadas no IDSS?**

Resposta: Guias em aberto não são guias por corrigir, mas sim por finalizar em relação aos dados financeiros informados. Ou seja, são as guias em que o valor informado é superior à soma do valor pago + o valor glosado, o que indica que ainda podem faltar dados a serem enviados. Por isso, as guias listadas nesse Relatório são identificadas como “guias em aberto”, a fim de que a operadora

verifique a completude de seus dados e envie as informações faltantes, quando for o caso. As guias de recursos próprios constam no Relatório apenas para o monitoramento por parte das operadoras, e não para que haja qualquer ação relativa às mesmas, visto estarem de acordo com as regras do Padrão TISS. A definição sobre “guias em aberto” consta no Componente Organizacional do Padrão TISS.

O Valor Informado (TISS) dessas guias já está no banco de dados do TISS, assim farão parte do numerador do indicador. Quanto ao DIOPS, deverão fazer parte do Plano de contas como despesas da operadora.

Se a operadora não enviar todos os seus dados, a completude das informações estará prejudicada e o resultado apurado nos indicadores do IDSS pode ser afetado.

- **Atualmente o acompanhamento da TISS é mensal (envio) e o DIOPS trimestral. A análise fica quebrada para o acompanhamento do batimento.**

Resposta: O Relatório de Batimento TISS x DIOPS é disponibilizado às operadoras em periodicidade mensal, atualizando os valores informados pelas operadoras tanto no TISS quanto no DIOPS, quando houver, já que a obrigatoriedade de informação neste último é por trimestre. Eventualmente, em função de ajustes, essa periodicidade de publicação pode ser alterada. A ANS passou a disponibilizar a partir do ano de 2021 o novo Relatório de Batimento TISS x DIOPS - IDSS, com periodicidade anual, gerado na mesma base de dados “congelada”, utilizada para o cálculo dos indicadores do IDSS, e estuda novos materiais de apoio a serem disponibilizados às operadoras para seu monitoramento do cumprimento da obrigação de envio de dados do Padrão TISS, como parte dos aprimoramentos necessários ao Padrão. Mas, no momento, inclusive em função do acompanhamento para a implantação da versão 4.0 e 1.04 do Padrão, não há novos materiais a serem disponibilizados.

- **A guia já foi incorporada pela ANS sem a tag de CID nas internações (devido a um erro no nosso sistema). Como enviar essa informação? Arquivo de alteração? A informação do CID nas internações é importante devido a bonificação no IDSS. Podemos incluir essa tag no arquivo de alteração?**

Resposta: Em alguns casos, a operadora deverá realizar a exclusão de todos os lançamentos de uma guia, até o primeiro, para que possa reenviar dados corrigindo um erro apontado no retorno do processamento. Conforme disposto no Componente Organizacional do Padrão TISS, a operadora não poderá excluir um lançamento caso ele tenha sido o primeiro lançamento para aquela guia e existam outros lançamentos ativos para a mesma guia cadastrados no banco de dados. Nesse caso, todos os lançamentos devem ser excluídos, do mais recente para o mais antigo. Caso a operadora não tenha incluído um procedimento ou item assistencial no primeiro lançamento de uma conta, deverá encaminhar um registro de exclusão, considerando a chave de acesso do registro. Em seguida, a operadora deverá enviar um novo lançamento do tipo inclusão com todos os procedimentos e itens assistenciais que compõem a conta.

- **No indicador Batimento TISS X DIOPS, a operadora tem internamente um script que gera as informações do monitoramento, porém nunca consegue chegar no valor que a ANS divulga, especificamente o valor da TISS. A ANS tem uma base da TISS de conferência completa, igual tem da conferência do SIB (arquivo retorno), para que a operadora possa identificar quais guias a ANS considera no valor total da TISS?**

Resposta: A operadora tem que considerar sempre que o envio de dados do TISS é dinâmico, ou seja, todo dia recebemos lançamentos enviados que, se estiverem corretos, serão incorporados ao banco de dados da ANS. Assim, a data de consulta ou de geração dos levantamentos explica

eventuais diferenças. Por isso, passamos a gerar inclusive o Relatório de Batimento TISS x DIOPS - IDSS, na mesma base de dados "congelada" na data de corte indicada para o cálculo dos indicadores do IDSS. E disponibilizamos os arquivos de conferência, anualmente, até março/abril de cada ano, para que as operadoras possam avaliar em período mais próximo da data de corte do IDSS seus dados incorporados à base de dados da ANS. Mas, lembramos que o acompanhamento deve ser feito rotineiramente, através dos arquivos de retorno e demais relatórios periódicos disponíveis. Todos os lançamentos incorporados ao banco de dados da ANS na data de geração do Relatório são computados para a formação do mesmo.

- **Há previsão de quando a ANS irá atualizar o relatório do Batimento TISS X DIOPS com o 4º trimestre? Até o momento está atualizado até o 3º trimestre.**

Resposta: O novo Relatório já foi disponibilizado com as informações encaminhadas pelas operadoras relativas ao 4º trimestre do DIOPS.

- **Os dados não incorporados no arquivo de conferência afetam a relação DIOPS X TISS? A partir de qual competência?**

Resposta: O indicador Razão TISS utiliza o valor informado (cobrado), incorporado ao banco de dados da ANS. Se a operadora deixou de enviar parte de seus dados, ou se não corrigiu erros apontados nos arquivos de retorno do processamento e reenviou os mesmos, não haverá completude em suas informações e, com certeza, seu resultado será afetado, em todas as competências consideradas para o ano-base em avaliação no IDSS.

- **Quanto ao Relatório de Batimento TISS x DIOPS, qual é o prazo final para atualização do relatório com o 4º trimestre? Como a operadora consegue obter essa relação TISS e DIOPS?**

Resposta: O Relatório de Batimento TISS x DIOPS é um dos materiais de apoio ao monitoramento. Está disponível na página da ANS na internet, em Espaço da Operadora/Compromissos e Interações com a ANS/Solicitações e Consultas/Central de Relatórios/TISS. O Relatório atualizado com os dados até o 4º trimestre de 2022 já se encontra publicado no endereço indicado. A data de carga deste Relatório é o dia 06/04/2023. Se uma operadora não enviou todos os dados do TISS ou do DIOPS até essa data, seu relatório mostrará o último trimestre para o qual tem dados incorporados aos bancos de dados permitindo a comparação. Assim, para algumas operadoras, constarão dados somente até o 3º trimestre de 2022. A próxima atualização do Relatório será feita após o dia 25/04.

- **A obrigatoriedade é enviar a informação no monitoramento de cada processamento da guia encaminhado correto, ou seja, Aviso, glosa, pagamento, complemento?**

Resposta: Correto, a cada movimento deve ser enviado um lançamento daquela guia para a ANS. Conforme disposto no Componente Organizacional do Padrão TISS, sempre que houver qualquer processamento de uma conta, o resultado deve ser informado à ANS através do envio de um lançamento de inclusão, alteração ou exclusão. Deve ser entendido como processamento o ato de alterar qualquer informação após o recebimento de uma conta pela operadora.

- **Onde pode ser extraído o arquivo de conferência dos dados do padrão TISS? Como abrir arquivo de conferência na extensão ZTC? Existe uma sequência de envio das remessas geradas: Alteração, exclusão e inclusão? Esses arquivos têm prazo limite de envio, corrigidos? Existe a possibilidade de divulgação mais frequente?**

Resposta: Os arquivos de conferência dos dados do Padrão TISS são arquivos que trazem todos os dados enviados pelas operadoras e incorporados ao banco de dados da ANS num determinado período.

Esses arquivos são gerados anualmente para todas as operadoras, devido ao volume de dados que trazem e ao fato de que sua geração pode exigir uma suspensão temporária no processamento de rotina dos dados. Por isso, não há previsão de serem gerados por demanda ou em intervalo menor de tempo.

É um arquivo compactado, disponibilizado através do Programa Transmissor de Arquivo da ANS - PTA/ANS. As operadoras são informadas dessa disponibilidade através de ofício específico, com as informações gerais sobre os arquivos.

Esse ano, foram disponibilizadas todas as competências a partir de janeiro de 2021, recebidos e processados até o dia 09/03/2023.

Para acessar o arquivo, as operadoras podem utilizar qualquer software compactador para extrair os dados, como por exemplo, o Winrar, 7-zip ou Winzip.

Ao receber os arquivos, as operadoras poderão avaliar a completude de seus dados incorporados no período utilizado para geração dos mesmos e, se for o caso, poderão realizar a complementação de informações e/ou a correção de dados relativos à qualidade das informações enviadas, a qualquer tempo.

Mas, se a operadora espera que seus dados sejam utilizados para o cálculo dos indicadores do IDSS, tal complementação ou correções das informações deve ser feita dentro da data de corte estabelecida para esse cálculo, ou seja, até 30/04. Dados incorporados após essa data serão considerados para o cumprimento da obrigação relativa ao Padrão TISS, estabelecida na Resolução Normativa nº 501/2022, mas não serão utilizados no cálculo dos indicadores do IDSS.

O arquivo de conferência corresponde aos dados do TISS incorporados ao banco de dados da ANS, a princípio para serem consultados e confrontados com o sistema da operadora, ou para serem mantidos, ou para serem corrigidos (sob exclusão de erros e posterior inclusão de dados ou alteração de dados equivocados), de acordo com as regras do Padrão TISS vigentes para tais movimentos. Para um dado ser alterado ou excluído, é necessário inicialmente que tenha sido incluído ao banco de dados da ANS.

- **Existe um relatório onde é possível extrair as guias pendentes de inclusão, mas não é possível identificar a data da competência de envio da guia e o motivo da não incorporação. As tratativas com relação a melhoria da qualidade das guias pendentes ainda são incertas pelas operadoras não conseguirem identificar onde estão errando. Há alguma alternativa para identificação dos motivos desses lançamentos pendentes?**

Resposta: Os materiais de apoio ao monitoramento, disponibilizados pela ANS para as operadoras, devem ser considerados em conjunto para esse acompanhamento. O Relatório de Incorporação dos dados do Padrão TISS traz as informações, por competência, acerca da incorporação de lançamentos no prazo, após o prazo e não incorporação, bem como o total de guias pendentes. Já o Relatório de guias pendentes de correção traz as chaves das guias que foram rejeitadas por erros em seu primeiro envio para a ANS. De posse dessa chave, a operadora deve localizar em seu banco de dados esse primeiro envio, na competência em que o mesmo ocorreu, corrigir os erros apontados no arquivo de retorno específico e reenviar os lançamentos da guia. Se as medidas adotadas para a correção do erro forem efetivas, haverá a incorporação de lançamentos da guia e na atualização do Relatório sua chave não vai constar do mesmo. Uma guia permanece neste Relatório durante todas as competências em que não houver correção de seus erros, impedindo a incorporação de algum lançamento desta guia. Por isso, a operadora deve buscar seu primeiro envio para corrigir o erro que impediu a incorporação de seus lançamentos e com a chave da mesma é possível fazer isso. Assim, não é necessário que um único relatório reproduza as informações que já constam dos

arquivos de retorno. Lembramos que arquivos com status “rejeitado” ou “processado parcialmente” devem ser avaliados, pois contém erros a serem corrigidos para permitir a incorporação de seus dados. Arquivos sem erros, cujos lançamentos foram todos incorporados, apresentarão o status “processado”.

- **Monitoramento TISS**

- **Para cumprimento da obrigação de enviar o monitoramento TISS mensalmente, as operadoras devem ter, até a data limite de envio (25) todos os arquivos processados ou pelo menos parte deles já serve para cumprimento da obrigação, desde que a operadora busque até o final o processamento de todos? Considerando que a operadora não envia somente um arquivo XTE devido ao tamanho.**

Resposta: A obrigação das operadoras relativa ao envio dos dados do Padrão TISS, estabelecida na Resolução Normativa nº 501/2022, é considerada cumprida frente à ANS com a correta e completa incorporação, ao banco de dados da Agência, de todas as informações relativas aos atendimentos prestados a seus beneficiários, ou seja, com a completude das informações garantida, preferencialmente até o prazo limite estabelecido - **dia 25 do segundo mês subsequente à competência que está sendo enviada.**

O envio dos dados do TISS deve ser feito tão logo as operadoras recebam as contas de seus prestadores, a partir do valor informado das mesmas, com a qualidade esperada a partir das regras definidas nos Componentes do Padrão TISS, o que garante a imediata incorporação dos lançamentos logo em seu primeiro envio.

Observando essa rotina, caso tenham lançamentos rejeitados, as operadoras poderão corrigir e reenviar os mesmos antes da data limite, pois não é preciso aguardar a proximidade do dia 25 do segundo mês subsequente ou o pagamento das contas para que possam fazer as correções devidas e garantir a incorporação de todos os seus dados e a completude de suas informações.

Reitera-se que o prazo e data limite de incorporação rotineira dos dados do Padrão TISS ao banco de dados da ANS faz parte do monitoramento quanto ao cumprimento desta obrigação, prevista na Resolução Normativa nº 501/2022. O dia 30/04 refere-se à data de corte para apuração dos indicadores do IDSS, considerando-se todos os dados incorporados às bases de dados da ANS utilizadas para os cálculos específicos. Tal data não se refere ao cumprimento da obrigação estabelecida pela Resolução Normativa citada.

- **Quanto tempo para retorno de um chamado sobre questões da TISS?**

Resposta: Depende da complexidade da demanda. Um tempo maior de resposta pode ser em função do volume de demandas recebidas ou da complexidade das mesmas, pois algumas exigem análise das regras de negócio do TISS ou discussão com outras áreas técnicas da Agência. Também pode haver um tempo maior por conta de serem apresentadas diversas demandas pelos diferentes canais de atendimento da ANS, ao invés de ser registrada na Central, gerando duplicidade que acaba atrasando a análise. Orientamos que as demandas sejam registradas via Central de Atendimento da ANS, identificando no assunto "Monitoramento TISS", a fim de que sejam encaminhadas para análise de nossa área técnica. Se durante a análise da demanda recebida da Central de Atendimento a área técnica de padronização avaliar que há necessidade de informações complementares, indicará se o envio das mesmas deve ser feito ainda pela Central ou por outro canal de comunicação, que será indicado ao demandante. Para o envio da demanda, não é necessário enviar arquivos com documentos, principalmente com dados sensíveis de seus beneficiários, nem mesmo

print de telas do sistema, pois a área técnica consulta os dados enviados pelas operadoras diretamente no sistema da ANS. A orientação é que sejam informados os erros para os quais necessita avaliação, nome do arquivo e competência na qual foi enviado. No caso de relatórios, informar o nome do mesmo e data de carga, quando houver.

- **Nova versão**

- Pelas regras do XSD, o XTE v1.01.00 terá erro de estrutura se for informada as versões 023, 024 ou 025 (4.01.00) do prestador (domínio: "dm-versaoPrestador" dentro do XSD). Problema similar ocorre com o Tipo de Atendimento = 23 para guias SP/SADT. Porém, operadoras que já recebem os dados na versão TISS 4.01.00 dos prestadores não conseguem informar esta versão no Campo "010-Versão do componente de comunicação utilizada pelo prestador" do Monitoramento TISS na Versão 1.01.00 para a ANS, cuja vigência vai até 30/04/2023, pois permite informar SOMENTE até a Versão 022 – 03.05.00 do Lote Guias XML (entre Prestadores e Operadoras). Qual a orientação da ANS para incorporar as guias das competências 01 e 02/2023 nestes casos?

Resposta: A versão 04.01.00 está vigente desde 30/09/2022 (a versão 04 teve início de vigência em 01/08/2021). As guias na versão 04.01.00 poderão ser enviadas para todos os atendimentos, mesmo os prestados antes de 01/05/2023. Porém, as guias nesta versão só poderão ser enviadas para a ANS após 01/05/2023, devido a diferenças de estrutura entre a versão atual do monitoramento TISS (01.01.00) e a que estará vigente a partir de maio de 2023 (01.04.01). Quanto ao impacto do não envio antes dessa data, depende do volume de dados que cada operadora está enviando ou não para a ANS, não há como a Agência mensurar especificamente a situação. Recomenda-se que todos os dados sejam enviados, pois não há impedimento para isso.

III- DÚVIDAS GERAIS SOBRE O PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO OPERADORAS

- **Divulgação das Fichas**

- Há perspectiva de alteração das fichas do IDSS ano base 2023? No ano base 2022 foram publicadas em 2023, os planos de ação de correção de melhoria do indicador ficam comprometidos. Há previsão da ANS para que as fichas sejam divulgadas no início do ano base?

Resposta: As fichas técnicas do IDSS ano-base 2022 sofreram um grande atraso na divulgação, tanto em função da atualização do estoque regulatório, que gerou a revisão de todas as referências normativas nas fichas, bem como pelos efeitos da pandemia, que demandaram uma série de estudos para divulgação dos resultados do IDSS ano-base 2020, que só foi divulgado em janeiro de 2022. Para o ano-base 2023, levaremos às áreas técnicas as sugestões de ajustes técnicos, e também as sugestões advindas das oficinas. Com isso, a divulgação ocorrerá o mais breve possível no ano-base 2023.

- **Cálculo dos indicadores**

- Para cálculo do IDSS, o que é levado em consideração: a data de atendimento/realização do procedimento ou a data de processamento da guia no TISS?

Resposta: Leva-se em consideração a data de atendimento/realização do procedimento. Importante ressaltar que os dados utilizados para o cálculo dos indicadores do IDSS são aqueles enviados pelas

operadoras e incorporados aos bancos de dados da ANS até a data de corte estabelecida para cada ano-base. No caso do ano-base 2022, são considerados todos os dados incorporados até o dia 30/04/2023.

- Existe algum manual ou orientação de como calcular os indicadores? Tipo, fórmula pronta. Pois pela ficha técnica tem alguns que não dá para calcular, é muito complexo?

Resposta: A ANS aprimora anualmente a ficha técnica dos indicadores, de forma a deixar o critério de cálculo dos indicadores o mais detalhado possível.

Há uma série de arquivos divulgados na página do programa de qualificação operadoras (<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>), contendo o detalhamento dos cálculos, tais quais:

- Perguntas e Respostas (FAQ): https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans/FAQ_IDSS_ab_2021.pdf
- Relatório disponibilizado no Portal Operadoras, com os resultados do ano-base, detalhados por indicador (numerador e denominador) e dados do CNES
- Arquivo contendo as medianas, percentis e dados para padronização dos indicadores, por ano-base - <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras/Taxa do Setor anobase 2021 v05 20221201.pdf>

Ademais, dúvidas podem ser encaminhadas pelos diversos canais de atendimento da ANS: SIF, petição via SEI (e-protocolo).

- **Prazo para questionamentos (OTRS)**

-A ANS poderia rever e ampliar o prazo disponibilizado para as operadoras avaliarem os resultados preliminares e encaminharem os questionamentos?

Resposta: O prazo de 15 dias é definido no art. 8º da Instrução Normativa ANS nº 10/2022:

“Art. 8º Depois de disponibilizados os resultados preliminares, as operadoras terão quinze dias para enviar os questionamentos.”

Cabe lembrar que, caso a operadora discorde dos resultados finais, também é disponibilizado prazo de 15 dias para interposição de recursos, conforme disposto no |art. 16 da Resolução Normativa nº 505/2022:

“Art. 16. Depois de serem divulgados os resultados finais, as operadoras terão prazo de quinze dias para apresentar recurso, por escrito, à Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES, a qual, caso não reconsidere a decisão, encaminhará à Diretoria Colegiada para julgamento. Parágrafo único. Na hipótese de acolhimento do pedido, ainda que de forma parcial, serão efetuados os ajustes identificados e necessários.”

- **IDGA**

- É possível acompanhar o IDGA mensalmente de alguma forma, igual ao IGR conforme comentado?

Resposta: o IDGA – Índice de Desempenho da Garantia de Acesso é uma das 4 dimensões do IDSS, composta por 8 (oito) indicadores. O processamento da dimensão demanda o congelamento de bases e um grande quantitativo de recursos humanos de TI e das áreas técnicas para homologação dos resultados. Seria praticamente um quarto do Programa, processado mensalmente. Ademais, as fontes de dados utilizadas para apuração dos indicadores têm periodicidades distintas para envio à ANS. Exemplo: SIB – mensal; TISS – trimestral; DIOPS – trimestral. Por este motivo, os dados não estariam disponíveis mensalmente para apuração dos indicadores. Portanto, do ponto de vista operacional, é necessária uma data de corte para apuração do IDSS e dimensões (atualmente, 30 de abril do ano seguinte ao ano-base avaliado), e a apuração mensal seria inviável.

- **Teleconsulta**

- Uma consulta tipo teleatendimento será considerada para o IDSS?

Resposta: Sim, será considerada.

- No caso de a Operadora utilizar codificação própria devido ao modelo (teleatendimento), deve enviar com a codificação da tabela 22?

Resposta: A operadora só deve utilizar codificação para os procedimentos que não tem código na TUSS. O tipo de atendimento em teleconsulta não é um procedimento.

- Se for código de consulta eletiva, mas tipo de atendimento teleatendimento, deve ser enviado o CBO no envio de dados da operadora para a ANS? Pois consta no padrão TISS, que o CBO deve ser informado apenas para guias de consulta e SP/SADT tipo de atendimento consulta. As consultas de teleatendimento, serão computadas para fins de IDSS?

Resposta: Sim, deve ser informado o CBO para as consultas em telessaúde também.

- **CNS e SIB**

- Em 2023 será mudado CNS para CPF?

Resposta: Não. Para cálculo do indicador “4.1 Índice composto de Qualidade Cadastral (SIB)” no IDSS ano-base 2022, o CNS deixou de ser considerado como um elemento a ser considerado no numerador, mas em nada muda a obrigatoriedade do envio da informação.

A fórmula de cálculo do numerador do indicador considera: (Beneficiários ativos VALIDADOS vinculados à plano da operadora + Beneficiários dependentes menores ativos IDENTIFICADOS vinculados à plano da operadora).

Para definir "dependentes menores ativos IDENTIFICADOS" sim, leva-se em consideração o CNS. No entanto se a operadora tiver informado o CPF no dependente menor, o registro (se estiver de acordo com os dados da Receita Federal) irá figurar como "Beneficiários ativos VALIDADO"

Em síntese: o CNS ainda é considerado para o numerador para os registros de dependentes menores em que a OPS optou por não enviar o CPF que neste caso, não é informação obrigatória.

- **CNS para identificação unívoca**

- Nos batimentos dos dados com o SIB serão consideradas as informações do CNS mesmo com a suspensão temporária do acesso ao Cadsus?

Resposta: Os indicadores que utilizam identificação unívoca do beneficiário dependem do CNS para identificação dos eventos no TISS.

Quando o número do CNS do beneficiário não for preenchido, o evento de saúde não será considerado no cálculo dos indicadores que utilizam identificação unívoca e cuja fonte são os dados do padrão TISS.

O Cadastro de Beneficiários SIB/ANS possui integração com a base de dados do Cartão Nacional de Saúde – CNS e, conseqüentemente, acesso à cadeia de CNS válidos. Como uma das formas de identificação do TISS é feita através do CNS, que consta no SIB, logo é possível o acesso à cadeia de CNS e, dessa forma, a identificação correta do beneficiário, desde que tenha sido informado pela operadora um CNS válido.

- **CNES**

- Se o prestador é único em uma determinada cidade e/ou região, mas não tem o CNES, como não contratar? Sabemos inclusive da dificuldade que os prestadores menores possuem em realizar o cadastro e atualização do CNES. As operadoras acabam respondendo por uma dificuldade que existe em todo o Brasil.

Resposta: O cadastro no CNES é obrigatório, e exigido inclusive pela ANVISA, para atuação do prestador. A operadora deve se certificar que os prestadores de sua rede estão habilitados, inclusive com cadastro no CNES, para contratação dos mesmos. Portanto, pode exigir o cadastro como pré-requisito para contratação.

Ademais, o CNES é a principal fonte de informação para apuração de diversos indicadores, pois contém o tipo de serviço ofertado pelo prestador. Portanto, a falta de atualização do CNES prejudicará, em última instância, a própria operadora, quando da apuração do IDSS.

- **SIP**

- Embora o IDSS utilize o TISS como base de dados assistenciais desde 2017, a IN 10 ainda cita o SIP ao abordar as hipóteses de em que a Operadora terá o INDICADOR zerado. Existe alguma interface direta ou indireta com o SIP para o cálculo do IDSS?

Resposta: Sim. O SIP era citado pela IN DIDES 60/2015, pois em 2016 o IDSS foi apurado considerando o SIP como principal fonte de dados. A IN ANS 10/2022 cita o SIP pois o estoque regulatório apenas unificou as normas e alterações, mas não foi possível realizar novas alterações nos normativos. De qualquer modo, o SIP é utilizado em diversas críticas dos indicadores, pois, caso a operadora envie informações no TISS inconsistentes com o SIP, pode receber uma nota zero no indicador. Portanto, o SIP ainda é uma fonte de informação para o IDSS.

- **SIB**

- Onde encontro o índice do SIB da minha Operadora no site da ANS?

Resposta: Dentre os indicadores que compõem o IDSS, há o indicador “4.1 Índice composto de Qualidade Cadastral (SIB)”. Para saber o resultado deste indicador para sua operadora, basta consultar as notas por indicador, na consulta de desempenho das operadoras, disponível na página

no portal da ANS, na página do programa de qualificação operadoras: www.gov.br/ans / Assuntos / Informações e Avaliações de Operadoras / Programa de Qualificação de Operadoras
No link “[Acesse aqui o sistema para conferir o desempenho de sua operadora ano-base 2021](https://www.ans.gov.br/qualificacao_consumidor/consulta_dados/pesquisa_operadora.asp)”:
https://www.ans.gov.br/qualificacao_consumidor/consulta_dados/pesquisa_operadora.asp

INCORPORAÇÃO DE CARTEIRA

- Qual critério do IDSS no caso de INCORPORAÇÃO DE CARTEIRA? Os eventos da carteira/operadora adquirida são "desprezados" do cálculo da operadora incorporadora após a finalização da incorporação?

Resposta: A operadora adquirida não será avaliada no ano-base da finalização da incorporação. De acordo com o art. 3º §1º da IN ANS 10/2022:

“§ 1º Somente serão incluídas no cálculo do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar as operadoras que possuem beneficiários em todos os meses do ano-base em pelo menos um dos tipos de atenção à saúde dispostos no caput.”

No entanto, a operadora adquirente será avaliada com base nos eventos de sua nova carteira, a partir do momento da incorporação.