

PERGUNTAS E RESPOSTAS

Índice de Desempenho da Saúde Suplementar 2020 (IDSS ano-base 2019)

julho/2020

GEEIQ/DIDES/ANS

Sumário

IDSS - Geral.....	4
TISS.....	7
Métodos Estatísticos de Padronização	11
Programa de Operadora Acreditada (Pontuação Base de 0,30 a 0,15)	15
1 – Indicadores da Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde – IDQS.....	16
1.1 – Proporção de Parto Cesáreo	16
1.2 – Taxa de Consultas de Pré-Natal.....	20
1.3 Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos.....	24
1.4 Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiários de 0 a 4 Anos.....	28
1.5 Taxa de Citopatologia Cérvico- Vaginal Oncótica.....	31
1.6 Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada.....	33
1.7 Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Cárie.....	38
1.8 Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Periodontia	40
1.9 Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos	43
1.10 Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças – Pontuação Base	46
1.11 Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS.....	47
1.12 Participação no Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor	49
2 – Indicadores da Dimensão Garantia de Acesso – IDGA	51
2.1 – Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário	51
2.2 – Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idoso	55
2.3 – Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência.....	58
2.4– Taxa de Primeira Consulta ao Dentista por Beneficiário por Ano.....	65
2.5. – Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica	67
2.6. – Frequência de Utilização de Redes de Hospitais com Atributo de Qualidade	75
2.7. – Frequência de Utilização de Redes de SADT com Atributo de Qualidade	76
2.8. – Índice de Efetiva Comercialização de Planos Individuais	78
3 – Indicadores da Dimensão Sustentabilidade no Mercado – IDSM	79
3.1. – Índice de Recursos Próprios	79
3.2. – Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar	80
3.3. – Índice Geral de Reclamação	82
3.4. – Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos.....	83
3.5 – Pesquisa de Satisfação de Beneficiários.....	85
3.6 – Autorização Prévia Anual para Movimentação da Carteira de Títulos e Valores Mobiliários (Bônus 10%)	96

3.7 – Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos	97
4 – Indicadores da Dimensão Gestão de Processos e Regulação – IDGR.....	99
<hr/>	
4.1. – Índice Composto de Qualidade Cadastral	99
4.2 – Taxa de Utilização do SUS	102
4.3 – Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar -TISS	104
4.4 – Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde.....	108
4.5 – Proporção de Diagnósticos Inespecíficos nos Eventos de Internação Preenchidos nas Guias TISS (Bônus 10%)	110

Introdução:

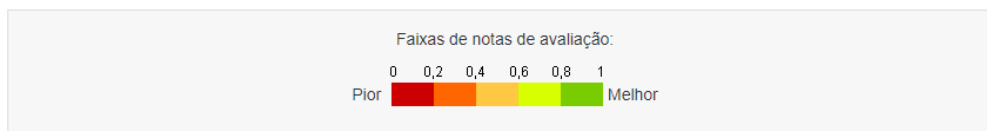
O IDSS é um programa de avaliação das operadoras de planos de saúde que permite avaliar o desempenho das operadoras de planos privados de saúde por meio de um conjunto de indicadores, com o objetivo de ampliar a transparência e reduzir a assimetria de informação, dirimindo falhas de mercado que, neste caso, comprometem a capacidade do consumidor de fazer suas escolhas no momento de contratar de um plano de saúde.

A aplicação do IDSS visa induzir o setor em favor das diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar e, ao mesmo tempo, subsidiar as ações regulatórias desta Agência.

O IDSS é calculado a partir de indicadores definidos pela própria ANS, com base nos dados extraídos dos seus sistemas de informações gerenciais ou obtidos em sistemas nacionais de informação em saúde.

O IDSS é um índice composto, que varia de zero a um (0 a 1), e cada operadora recebe uma nota que a enquadra em uma faixa de avaliação por ordem crescente de desempenho: nota 0 – pior resultado; e nota 1 – melhor resultado. As faixas de avaliação do IDSS estão representadas na figura abaixo, com 5 faixas de notas representadas por cores:

Faixas de Avaliação do IDSS



1. Como é o método de cálculo do IDSS?

Resposta: O cálculo do IDSS de cada operadora é realizado pela média ponderada dos índices de desempenho das dimensões, conforme os pesos de cada dimensão descritos no Art. 2º da Resolução Normativa - RN nº 423, de 11 de maio de 2017, que alterou a RN nº 386 de 09 de outubro de 2015.

$$\text{IDSS} = (\text{IDQS} * 0,30) + (\text{IDGA} * 0,30) + (\text{IDSM} * 0,30) + (\text{IDGR} * 0,10)$$

Onde:

IDSS = Índice de Desempenho de Saúde Suplementar

IDQS = Dimensão da Qualidade em Atenção à Saúde

IDGA = Dimensão de Garantia de Acesso

IDSM = Dimensão de Sustentabilidade no Mercado

IDGR = Dimensão de Gestão de Processos e Regulação

Caso a Operadora seja acreditada:

$$(\text{Pontuação Base de acordo com o nível de acreditação} + \text{IDSS}) \leq 1$$

Pontuação base: pontuação base (fixa) especificamente para cada operadora acreditada, obedecidos os critérios estabelecidos na ficha técnica e o nível de acreditação obtido:

Nível I: 0,30

Nível II: 0,23

Nível III: 0,15

2. Como é apurado o índice de desempenho de cada dimensão (ID Dimensão) do IDSS?

Resposta: Os pesos de cada indicador são utilizados para compor a nota de cada dimensão. O índice de desempenho da dimensão da qualidade em atenção à saúde (IDQS), da dimensão de garantia de acesso (IDGA), da dimensão de sustentabilidade no mercado (IDSM) e da dimensão de gestão de processos e regulação (IDGR) serão calculados através da média ponderada dos indicadores da dimensão, ou seja, o numerador representa a soma dos produtos do resultado de cada indicador da dimensão pelo respectivo peso, enquanto que o denominador é a soma dos pesos dos indicadores da dimensão.

$$ID = \frac{ID_1 * P_1 + ID_2 * P_2 + \dots + ID_n * P_n}{P_1 + P_2 + \dots + P_n}$$

ID = Índice de desempenho da dimensão

ID₁ = Índice de desempenho do indicador 1

P₁ = Peso do Indicador 1

ID₂ = Índice de desempenho do indicador 2

P₂ = Peso do Indicador 2

ID_n = Índice de desempenho do indicador n

P_n = Peso do Indicador n

3. Como a pontuação bônus é aplicada ao desempenho de uma determinada dimensão (ID Dimensão) do IDSS?

Resposta: Caso a dimensão tenha indicador bônus, o índice de desempenho da dimensão será apurado da seguinte forma:

$$ID = ID + (ID * Bônus)$$

Bônus: pontuação calculada especificamente para cada operadora, obedecidos os critérios estabelecidos na ficha técnica.

Observação: O resultado final do índice de desempenho, acrescido da pontuação bônus não poderá ultrapassar o valor 1 (um).

4. Como a pontuação base é aplicada ao desempenho de uma determinada dimensão (ID Dimensão) do IDSS?

Resposta: Caso a dimensão tenha pontuação base, o índice de desempenho da dimensão será apurado da seguinte forma:

$$(\text{Pontuação Base} + \text{ID}) \leq 1$$

Pontuação base: pontuação base (fixa) especificamente para cada operadora, obedecidos os critérios estabelecidos na ficha técnica.

Observação: Caso a dimensão tenha indicador bônus e pontuação base, para o cálculo da nota final da dimensão, primeiro se aplica o cálculo do bônus e em seguida da pontuação base.

5. Por que são aplicadas críticas aos indicadores do IDSS?

Resposta: Para garantir a confiabilidade, propriedade desejável em um indicador, é necessário que o levantamento de dados para seu cômputo reflita um protocolo previamente estabelecido para a conferência das informações, gerando dados consistentes no processo de apuração. As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso.

No IDSS as críticas são aplicadas de acordo com a prioridade definida pelas áreas técnicas responsáveis pelos indicadores, tendo como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

A relação de críticas pré-definidas do IDSS ano-base 2019 está descrita no presente FAQ, em cada indicador.

6. Por que alguns indicadores do IDSS apresentam o resultado “não se aplica” ou “dados inconsistentes” e como isso afeta a nota final da operadora avaliada?

Resposta: Alguns indicadores não chegam a ter seus resultados calculados por diferentes motivos. Quando é apresentado o resultado “não se aplica”, significa que aquele indicador não era aplicável ao caso da operadora, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão da ficha técnica específica ou críticas. Neste caso, o resultado do indicador não influencia na nota final da operadora, nem positiva nem negativamente. Quando o resultado apresentado é “dados inconsistentes”, significa que as informações fornecidas pela operadora e constantes nos bancos de dados da ANS não refletem adequadamente a operação dos planos privados de assistência à saúde, pois são incongruentes ou faltantes. Neste caso, o resultado do indicador influencia na nota final da operadora, pois é automaticamente atribuído ao indicador o valor “0” (zero).

7. Por que alguns indicadores da operadora não apresentam resultado no IDSS?

Resposta: Porque a operadora se enquadra em um ou mais critérios de exclusão, conforme Ficha Técnica do indicador.

8. Após a divulgação dos resultados finais do IDSS no portal da ANS, a operadora tem alguma obrigação?

Resposta: Sim. Conforme art. 21-A da Resolução Normativa - RN nº 386 de 2015 (incluído pela RN nº 423, de 11 de maio de 2017), as operadoras devem divulgar em seus portais: a pontuação obtida em seu IDSS ano-base 2019 e em cada uma das dimensões (IDQS, IDGA, IDSM e IDGR), com destaque para o ano avaliado, bem como o link para o portal da ANS onde os resultados do IDSS de todas as operadoras foram divulgados. A operadora deve realizar tal divulgação em seu portal, em até trinta (30) dias após a divulgação do IDSS pela ANS. E os resultados do IDSS devam ser mantidos no sítio institucional da operadora até a divulgação dos resultados do IDSS seguinte.

TISS

9. Alguns indicadores do IDSS 2020 (ano-base 2019) possuem como fonte os dados do Padrão para Troca de Informações na Saúde Suplementar - TISS. Desta forma, indaga-se se os procedimentos a serem considerados para fins de cálculo do indicador serão todos os procedimentos enviados através do Padrão TISS ou somente os procedimentos pagos?

Resposta: Para os indicadores 1.1; 1.2; 1.3; 1.4; 1.5; 1.6; 1.7; 1.8; 1.9; 2.1; 2.2 e 2.4 do IDSS 2020 (Ano-Base 2019), que possuem como fonte os dados do TISS, serão considerados para fins de cálculo do indicador todos os procedimentos enviados, no período considerado, independente do pagamento, sendo considerados os códigos TUSS elencados na ficha técnica do indicador (código TUSS da Tabela 22).

10. Para os indicadores do IDSS que possuem como fonte os dados do Padrão para Troca de Informações em Saúde Suplementar- TISS, como será feita a identificação unívoca do beneficiário, quando prevista no indicador?

Resposta: Quando o registro do TISS estiver com a informação do Cartão Nacional de Saúde – CNS preenchida a identificação será feita através do batimento de dados com o Cadastro de Beneficiários – SIB/ANS. As guias que não tiverem identificação do beneficiário pelo CNS serão desconsideradas para apuração do indicador.

11. Como é feita a identificação da idade do beneficiário para apuração dos indicadores que utilizam este parâmetro?

Resposta: Para cálculo da idade do beneficiário, caso a data de nascimento não esteja preenchida na Guia TISS, esta informação será buscada no SIB, por meio do CNS – Cartão

Nacional de Saúde. Portanto, a operadora deverá observar o correto preenchimento do CNS-Cartão Nacional de Saúde tanto na Guia TISS quanto no SIB. As guias que não tiverem identificação do beneficiário pelo CNS serão desconsideradas para apuração dos indicadores 1.3; 1.4; 1.5; 1.6; 1.8; 1.9 e 2.2, os quais necessitam da identificação da idade do beneficiário.

Se mais de 20% do total de CNS informados no TISS pela operadora não forem encontrados (inexistentes) na base do Sistema de Informação de beneficiários - SIB ou não forem válidos, a operadora obterá nota igual a zero nos seguintes indicadores que utilizam o CNS para identificação da idade do beneficiário: 1.2 – Taxa de Consultas de Pré-Natal; 1.8 - Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Periodontia; 1.9 – Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos.

12. Minha Operadora obteve nota ZERO em um indicador que utiliza dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: Existem vários motivos para que um indicador tenha como resultado final a nota “zero”. No caso de indicadores que utilizam o Padrão TISS, algumas das razões estão elencadas a seguir:

Motivo 1: Data de corte do Programa de Qualificação de Operadoras -PQO.

É estabelecida uma data de corte para o programa. Assim, caso não tenham sido encaminhados dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte, a Operadora obterá nota igual à zero em todos os indicadores que têm o TISS como fonte de dados.

Os dados enviados para o TISS podem e devem ser corrigidos/atualizados a qualquer tempo. No entanto, para fins de avaliação de desempenho das operadoras no IDSS referente ao ano de 2019, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida para efeito do cálculo do IDSS.

Motivo 2: CNS inválidos ou inexistentes no SIB.

Se mais de 20% do total de CNS informados no TISS pela operadora não forem encontrados (inexistentes) na base do Sistema de Informação de beneficiários - SIB ou não forem válidos, os seguintes indicadores receberão ZERO: indicadores 1.2 -Taxa de Consultas de Pré-Natal; 1.8 – Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Periodontia; 1.9 – Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos.

Motivo 3: Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30%.

Conforme estabelecido na Instrução Normativa nº 68, de 11 de maio de 2017, que alterou a IN nº 60, de 09 de outubro de 2015, será aplicada a pontuação zero às operadoras que

apresentarem o Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado, para os indicadores que tenham os dados do Padrão TISS como fonte de dados (indicadores: 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 4.4, 4.5).

Motivo 4: A operadora enviou arquivos com movimento no TISS em todas as competências do ano-base, mas não teve nenhum lançamento incorporado ao banco de dados devido a erros nos lançamentos e não efetuou a correção e reenvio dos mesmos.

Motivo 5: Operadora informou no TISS arquivo sem movimento para todas as competências do ano-base, porém informou eventos ocorridos no SIP – Sistema de Informações de Produtos.

Motivo 6: Operadora não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte do programa.

Motivo 7: O resultado obtido refere-se a uma pontuação equivalente a um resultado igual zero.

13. O Código da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO é um dado utilizado no cálculo de muitos indicadores do IDSS. No caso de ter sido informado no campo “Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante” da mensagem de Envio de dados do Padrão para Troca de Informações em Saúde Suplementar - TISS à ANS a sequência 999999, isso torna inviável sua utilização para esse fim. Como proceder?

Resposta: O preenchimento do CBO é obrigatório no TISS, e o código 999999 só deve ser preenchido, em casos excepcionais, para o CBO **do solicitante** nas guias de SP/SADT. Para fins do cálculo dos indicadores do IDSS, as operadoras têm até a data de corte do programa para corrigir as informações já incorporadas ao banco de dados, tendo em vista que a partir de maio de 2018 foi implementada crítica no sistema que rejeita arquivos enviados com a sequência 999999 informada **no campo referente ao prestador executante**.

14. Como será feito o cálculo dos indicadores do IDSS que utilizam os dados do Padrão para Troca de Informações em Saúde Suplementar- TISS enviados à ANS quando não for informado no evento o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do beneficiário?

Resposta: Quando o número do CNS do beneficiário não for preenchido o evento não será considerado no indicador.

15. Para os indicadores do IDSS que possuem como fonte os dados do Padrão para Troca de Informações em Saúde Suplementar - TISS, como serão tratados os casos de beneficiário com mais de um CNS válido?

Resposta: 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.

16. Com relação ao IDSS, como a operadora pode verificar o número do CNS cadastrado na ANS, no SIB?

Resposta: Os números do Cartão Nacional de Saúde – CNS, atribuídos para os beneficiários identificados na Base de Dados da Receita Federal, são disponibilizados no Arquivo de Conferência – CNX. A operadora poderá solicitá-lo a qualquer momento e realizar a importação dos números para a sua base de dados.

17. Para os indicadores do IDSS que possuem como fonte os dados do Padrão para Troca de Informações em Saúde Suplementar - TISS enviados à ANS referentes aos eventos de internação, como é realizada a identificação desse evento?

Resposta: Os indicadores 1.1; 1.2 e 1.3 possuem como fonte os dados do Padrão TISS referentes aos eventos de internação. Conforme disposto no Componente Organizacional do Padrão TISS, os eventos de internação têm sua origem na Guia de Resumo de Internação enviada pelo prestador hospitalar onde ocorreu o atendimento. As demais guias que compõem esse evento são vinculadas à guia de resumo de internação através do número de solicitação de internação. Caso o número de solicitação de internação, que vincula todas as guias participantes de um evento de internação, não seja informado corretamente pela operadora o evento pode não conter todas as guias que deveriam fazer parte dele, impactando negativamente na avaliação da operadora.

18. Para os indicadores do IDSS que possuem como fonte os dados do Padrão para Trocas de Informação em Saúde Suplementar- TISS enviados à ANS, será utilizada a data da cobrança ou de realização do evento?

Resposta: Para os indicadores que possuem como fonte os dados do Padrão TISS será utilizada a data de realização do atendimento. Somente para o indicador 4.3 – Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS) será utilizada a data do protocolo da cobrança.

19. Para os indicadores do IDSS que possuem como fonte os dados do Padrão para Troca de Informações em Saúde Suplementar- TISS enviados à ANS quais competências dessa base de dados serão utilizadas para o cálculo dos indicadores do ano-base 2019?

Resposta: Serão utilizadas todas as competências que contenham atendimentos com data de realização no ano de 2019 enviadas até a data de corte do PQO. Para o cálculo do indicador “1.2 – Taxa de Consultas de Pré-Natal” na apuração das consultas de pré-natal correspondentes aos partos ocorridos no ano-base 2019, será necessário retroagir às guias de consultas das beneficiárias univocamente identificadas em até 9 meses antes de 2019 (de abril/2018 a dez/2018).

20. Como a Operadora pode avaliar as informações do Padrão para Troca de Informações em Saúde Suplementar - TISS que estão na base da ANS e são consideradas no IDSS?

Resposta: Através dos arquivos de Retorno, do Relatório de Incorporação na ANS dos dados do TISS e do Relatório de Guias pendentes de correção. Este último indica as guias enviadas e não incorporadas na totalidade por conter um ou mais lançamentos com erros a serem corrigidos pela operadora e reenviados, para garantir a completude dos dados incorporados à base de dados da ANS. Os arquivos e Relatórios estão disponíveis em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/relacionamento-com-os-prestadores/padrao-tiss>.

Além destes, também no Relatório TISS X DIOPS disponível na Central de Relatórios no site da ANS, acessível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/compromissos-e-interacoes-com-ans/solicitacoes-e-consultas/central-de-relatorios>.

Outra opção é consultar o Arquivo de Conferência com dados enviados e incorporados ao banco de dados da ANS compreendendo todas as competências a partir de 01/2018 até a competência 04/2020, disponibilizado através do PTA - Programa Transmissor de arquivo.

21. Como será identificado no Padrão para Troca de Informações em Saúde Suplementar - TISS as consultas realizadas pelos beneficiários com especialidades médicas (pediatria, geriatria, ginecologia, médico generalista) para cálculo do IDSS?

Resposta: As especialidades médicas serão identificadas através do CBO – Código Brasileiro de Ocupações. Assim, a Operadora deverá observar o correto preenchimento do CBO nas guias de consultas e SP/SADT (quando se tratar de consultas) para que haja a identificação da especialidade, permitindo sua utilização no cálculo dos indicadores específicos.

22. Para os indicadores do IDSS que possuem como fonte os dados do Padrão para Troca de Informações em Saúde Suplementar - TISS enviados à ANS, como será o cálculo daqueles que utilizam procedimentos pagos por pacote ao prestador?

Resposta: Os procedimentos considerados para cálculo de indicadores do IDSS são aqueles que devem ser informados à ANS de forma individualizada (código TUSS da Tabela 22 e forma de envio da Tabela 64), inclusive quando pagos através de pacote. Nesse caso, o sistema identificará o procedimento pelo seu código TUSS informado “dentro” do pacote, para o cálculo do indicador.

Métodos Estatísticos de Padronização

23. Algumas operadoras possuem características diversas na composição de seus beneficiários, tal como, uma população mais envelhecida, concentração de beneficiários do sexo feminino ou masculino, ou ainda, carteiras muito pequenas. Ignorar estas diferenças pode afetar o cálculo dos indicadores do IDSS?

Resposta: Sim. Quando a variável estudada tem estreita relação com a idade e com o sexo, é necessário realizar a técnica de padronização para remover os efeitos desses fatores que podem impedir uma comparação equilibrada entre as populações das diversas operadoras. Para o cálculo dos indicadores, sempre que necessário, será utilizada a

padronização direta por faixa etária, por sexo; e a padronização pelo método de *Bayes Empírico* para ajuste do tamanho das populações.

24. Em quais indicadores do IDSS poderão ser aplicados os métodos de padronização?

Resposta: Poderão ser aplicados os seguintes métodos de padronização, aos seguintes indicadores:

Indicador	Método de Padronização
1.3 - Taxa de Internação por fratura de fêmur em idosos	Padronização direta por Faixa Etária e Sexo; e Bayes Empírico
1.6 - Taxa de Hemoglobina Glicada (entre 19 e 75 anos)	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

25. A padronização sempre melhora o resultado da operadora?

Resposta: Não. A padronização serve para comparar taxas entre populações contrastantes, eliminando possíveis distorções provocadas por diferenças de idade, sexo e tamanho entre as populações. Portanto, o resultado pós-padronização visa possibilitar a comparação entre operadoras, de forma justa e equânime, contudo, a padronização não implica necessariamente em melhora dos resultados individuais da operadora.

26. Como é realizada a padronização direta?

Resposta: Para realizar o cálculo dos indicadores padronizados, utilizando a metodologia de padronização direta, primeiramente é necessário calcular a população de referência (população padrão) para todas as operadoras. O cálculo da população padrão é realizado por meio da soma dos expostos de todas as operadoras que tiveram o indicador calculado, dividida pelo número de operadoras que tiveram o indicador calculado. As faixas-etárias e/ou sexo utilizados para o cálculo da população padrão são divulgados no arquivo disponibilizado no espaço operadoras e no portal da ANS, contendo as taxas/parâmetros do setor utilizados para cálculo dos indicadores do IDSS. Considera-se a idade utilizada para cada indicador na definição das faixas etárias utilizadas na padronização por idade. Normalmente, as faixas são definidas em intervalos quinquenais.

Apresenta-se a seguir um exemplo de cálculo da população padrão considerando as faixas-etárias utilizadas para cada indicador:

1.3 - Taxa de Internação por fratura de fêmur em idosos			1.6 - Taxa de Hemoglobina Glicada (entre 19 e 75 anos)		2.1 – Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário	
60 a 64	F	0,172628467	19 a 24	0,105912489	0 a 4	0,076166026
60 a 64	M	0,145019781	25 a 29	0,108596402	5 a 9	0,06582469
65 a 69	F	0,128562807	30 a 34	0,126499436	10 a 14	0,055880692
65 a 69	M	0,100571336	35 a 39	0,130200243	15 a 19	0,053716442
70 a 74	F	0,098156117	40 a 44	0,104769445	20 a 24	0,064823569
70 a 74	M	0,069193664	45 a 49	0,090300518	25 a 29	0,078678381
75 a 79	F	0,074808746	50 a 54	0,08694192	30 a 34	0,091930739
75 a 79	M	0,048517645	55 a 59	0,077017465	35 a 39	0,094383194
80 a 84	F	0,055022879	60 a 64	0,065714442	40 a 44	0,07524215
80 a 84	M	0,031276792	65 a 69	0,054377083	45 a 49	0,064583241
85 a 89	F	0,035424803	70 a 75	0,049749901	50 a 54	0,061629049
85 a 89	M	0,017949763			55 a 59	0,053865673
90 ou mais	F	0,020642049			60 a 64	0,045243324
90 ou mais	M	0,008384079			65 a 69	0,036941944
					70 a 74	0,028769023
					75 a 79	0,021969768
					80 a 84	0,015683098
					85 a 89	0,009687518
					90 ou mais	0,005380264

26. Como é realizado o cálculo do indicador da operadora após a padronização direta por faixa etária e sexo?

Resposta: Para realizar o cálculo da padronização direta por faixa etária é necessário segmentar a população da operadora e identificar o número de ocorrências (eventos) dentro da população, em cada faixa etária, e o respectivo número de beneficiários expostos.

Exemplo: o quadro a seguir apresenta um exemplo de cálculo da padronização da Taxa de Internação por fratura de fêmur em idosos.

Verifica-se que o resultado do indicador, sem padronização, é de 7 eventos numa população exposta de 3.296 idosos. Assim, a Taxa de Internação por fratura de fêmur em idosos antes da padronização é de 2,1235.

A partir disso, calcula-se a taxa específica da OPS, distribuindo-se o número de eventos por cada faixa etária (coluna C), e o respectivo número de expostos (coluna D), e calcula-se a taxa específica por faixa etária e sexo (coluna E).

Para fazer a padronização direta, basta multiplicar a População de Referência (coluna F) pela taxa específica (coluna E). A soma desta multiplicação (coluna G), multiplicada por mil, será a taxa padronizada da operadora: 5,5481 (= 0,0055481 * 1.000).

A pontuação da operadora será obtida a partir da taxa padronizada.

Colunas	A	B	C	D	E	F	G
Linhas	Faixa Etária	Sexo	Fratura de Fêmur em Idosos	Idosos	Taxa específica por Faixa etária e sexo	Pop. padrão	Tx. específica x pop. padrão
1	60 a 64	F	1	841	0	0,17404	0,0002068
2	60 a 64	M	1	1.227	0,000814498	0,14909	0,0001214
3	65 a 69	F	0	287	0	0,12861	-
4	65 a 69	M	0	486	0	0,09981	-
5	70 a 74	F	1	110	0,009049774	0,09781	0,0008852
6	70 a 74	M	1	147	0,006791171	0,06831	0,0004639
7	75 a 79	F	3	57	0,052023121	0,07441	0,0038708
8	75 a 79	M	0	66	0	0,04775	-
9	80 a 84	F	0	28	0	0,05429	-
10	80 a 84	M	0	19	0	0,03088	-
11	85 a 89	F	0	9	0	0,03507	-
12	85 a 89	M	0	6	0	0,01756	-
13	90 ou mais	F	0	2	0	0,01942	-
14	90 ou mais	M	0	4	0	0,00768	-
Total			7	3.296			0,0055481

27. Como é realizado o cálculo do indicador da operadora após a padronização direta por sexo?

Resposta: Para tanto, a operadora precisa calcular a taxa específica por sexo em sua carteira, e multiplicar esta taxa específica pela população de referência. Para obter a população de referência, basta consultar o documento “parâmetros do setor”, disponibilizado com os resultados das operadoras.

28. Como é realizado o cálculo da padronização por Bayes Empírico?

Resposta: O método da padronização por Bayes Empírico é utilizado para ajustar flutuações extremas de taxas e proporções quando as populações analisadas são propensas a sofrer grandes alterações se um único evento é adicionado ou subtraído por serem pequenas, como é o caso de algumas operadoras.

Por meio de Bayes Empírico a taxa de um evento de uma operadora é ajustada via média da taxa de todas as operadoras, levando em consideração a carteira da operadora e a dispersão dos valores das taxas entre as operadoras.

Quanto menor for a quantidade de beneficiários de uma operadora expostos a um evento específico, maior será o ajuste, ficando a taxa da operadora próxima da taxa média de todas as operadoras.

Ainda, é levada em consideração a dispersão das taxas individuais das operadoras em torno da taxa média de todas as operadoras, de forma que, quanto maior for a dispersão, menor será o ajuste efetuado. Exemplo: o quadro a seguir apresenta um exemplo de cálculo da padronização por Bayes Empírico da Taxa de Internação por fratura de fêmur

em idosos. O valor do indicador após a padronização por faixa etária e sexo, era de 5,5481, e após a padronização de Bayes Empírico, passa para 5,5466. Os valores utilizados para cálculo padronização por Bayes Empírico ($\hat{\mu}$ e $\hat{\sigma}^2$) são divulgados no arquivo disponibilizado no espaço operadoras e no portal da ANS, contendo as taxas/parâmetros do setor utilizados para cálculo dos indicadores do IDSS, a saber:

Sejam:

r_i – taxa da operadora, já padronizada por faixa-etária e/ou sexo = **5,5481**;

n_i – o número de expostos da operadora=3.296

Valores divulgados no arquivo parâmetros do setor:

$\hat{\mu}$ – a média populacional estimada; (lê-se: mi chapéu) = 1,69019099

$\hat{\sigma}^2$ – a variância a priori; (lê-se: sigma dois, chapéu) = 1,286053037

O cálculo da padronização por Bayes Empírico se dá da seguinte forma:

w_i – peso, sendo $w_i = \hat{\sigma}^2 / (\hat{\sigma}^2 + \hat{\mu} / n_i) = 1,286053037 / ((1,286053037 + (1,69019099 / 3.296)) = 0,999601479$

$\hat{\theta}_i$ – é a estimativa de Bayes Empírico; (lê-se teta i chapéu)

$\hat{\theta}_i = w_i r_i + (1 - w_i) \hat{\mu} = 0,999601479 \times 5.5481 + (1 - 0,99601479) \times 1,69019099 = \mathbf{5,5466}$

Programa de Operadora Acreditada (Pontuação Base de 0,30 a 0,15)

29. Como saber se a operadora é ou não acreditada, para efeito do IDSS?

Resposta: A lista de operadoras acreditadas é divulgada no portal da ANS, no seguinte link: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras>.

Operadoras que estavam acreditadas em 31/dezembro do ano base do cálculo do IDSS e mantiverem a acreditação até a data do processamento do IDSS recebem pontos diretamente no IDSS, de acordo com o nível da acreditação.

Nível I: 0,30

Nível II: 0,23

Nível III: 0,15

Observação: (Pontuação Base de acordo com o nível de acreditação + IDSS) ≤ 1

30. Para o indicador de Operadoras Acreditadas, como será representada na escala de cores, de 0 a 1, a pontuação correspondente ao Nível de Acreditação obtido pela operadora?

Resposta: Será adotado o seguinte critério para a escala de cores que representa o resultado do indicador:

Resultado do Indicador	Nota na escala de cores de faixas do IDSS
Nível I: 0,30 do IDSS	1,0000
Nível II: 0,23 do IDSS	0,7666
Nível III: 0,15 do IDSS	0,5000
Operadora Não Acreditada	Operadora não pontuada

A escala de cores é apenas ilustrativa. O cálculo da pontuação base incidirá de acordo com o resultado obtido no indicador, diretamente no IDSS.

31. A pontuação referente ao Programa de Operadora Acreditada é absoluta ou é um percentual a ser aplicado na nota geral do IDSS Ano-base 2019?

Resposta: Conforme descrito na Ficha Técnica do Programa de Qualificação de Operadoras 2020 (ano-base 2019), trata-se de um indicador com Pontuação Base, em valor absoluto, no IDSS de acordo com o nível de Acreditação obtido pela operadora. Ou seja, por exemplo, se a operadora for acreditada em Nível I seu IDSS será de 0,30. Se nível II, seu IDSS será de 0,23. Ou, então, se Nível III, seu IDSS será de 0,15.

Ressaltando que a soma da pontuação base mais o valor do IDSS obtido pelos demais indicadores estará sempre limitado a UM (1,00). Ou seja: A nota máxima possível para uma operadora tirar no IDSS será UM (1,00).

1 – Indicadores da Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde – IDQS

1.1 – Proporção de Parto Cesáreo

32. Como é calculada a redução percentual da proporção de parto cesáreo em relação ano anterior no IDSS?

Resposta: A redução percentual é apurada de forma percentual, comparando-se a diferença entre as proporções, com o percentual inicial, ou seja, pela seguinte fórmula:

$((P_{2018}-P_{2019}) / P_{2018})$. Se o resultado for negativo ou igual a zero, não houve redução.

Exemplo: Proporção de parto cesáreo no ano-base 2018: $P_{2018}= 98\%$.

Proporção de parto cesáreo no ano-base 2019: $P_{2019}= 93\%$.

Redução: 5,10%, calculada da seguinte forma:

$((98\%-93\%) / 98\%) = 5,10\%$. Logo, a Redução foi de 5,10%.

Caso a operadora não tenha tido a proporção de partos cesáreos calculada no ano-base 2018, ou não tenha havido redução da taxa, mas aumento ou manutenção, este parâmetro ($V_{redução}$) não será considerado na pontuação.

33. Como será pontuada no IDSS uma operadora que possui alta proporção de partos cesáreos (>=80%), porém, conseguiu reduzir sua taxa, em comparação com o ano anterior, em mais de 5%?

Resposta: De acordo com a versão atualizada da ficha técnica do indicador, a tabela de pontuação do indicador prevê que havendo um esforço da operadora para redução da taxa de parto cesáreo, que gere uma redução superior a 5%, a operadora deverá ser pontuada no indicador, mesmo que não tenha atingido a meta de 45% de proporção de parto cesáreo.

Se a redução for superior a 10%, a operadora receberá nota máxima no indicador, por reconhecimento de seus esforços para caminhar na direção da meta do setor.

Se a redução da proporção de parto cesáreo em relação ao ano anterior for entre 5% e 10% ou sua proporção de parto cesáreo estiver entre 45% e 85% a sua pontuação será escalonada, e o resultado será a maior nota entre o cálculo da redução ($V_{\text{redução}}$) e o cálculo da Proporção de partos cesáreos ($V_{\text{proporção de parto cesáreo}}$).

Nos demais casos, ou seja, a redução em relação ao ano anterior inferior ou igual a 5% e proporção de parto cesáreo maior ou igual a 80% a operadora receberá nota 0 (zero).

Caso a operadora não tenha tido a proporção de partos cesáreos calculada no ano-base 2018, ou não tenha havido redução da taxa, mas aumento ou manutenção, este parâmetro ($V_{\text{redução}}$) não será considerado na pontuação.

Exemplo: Proporção de parto cesáreo no ano-base 2018: $P_{2018} = 98\%$.

Proporção de parto cesáreo no ano-base 2019: $P_{2019} = 93\%$.

Redução: 5,10%.

Pontuação do indicador:

Máximo ($V_{\text{redução}}$; $V_{\text{proporção de parto cesáreo}}$)

$$V_{\text{redução}} = (5,10 - 5) / 5 = 0,02$$

$V_{\text{proporção de parto cesáreo}} = \text{zero}$

$$V = \text{Máximo}(0,02; 0) = 0,02$$

Ou seja, no exemplo dado a operadora ganharia nota 0,02, uma vez que a proporção de parto cesáreo permanece superior a 80% mas reduziu de 98% para 93% a proporção de parto cesáreo (redução de 5,10%). Assim, considerando a combinação das diversas situações possíveis, didaticamente apresenta-se a seguir a tabela com as combinações e respectivas pontuações para o indicador:

Redução	e	Proporção	Resultado
Redução menor ou igual a 5%	e	Proporção maior ou igual a 80%	0
Redução entre 5% e 10%	e	Proporção maior ou igual a 80%	v
Redução maior ou igual a 10%	e	Proporção maior ou igual a 80%	1
Redução menor ou igual a 5%	e	Proporção entre 45% e 80%	v
Redução entre 5% e 10%	e	Proporção entre 45% e 80%	v
Redução maior ou igual a 10%	e	Proporção entre 45% e 80%	1
Redução menor ou igual a 5%	e	Proporção menor ou igual a 45%	1
Redução entre 5% e 10%	e	Proporção menor ou igual a 45%	1
Redução maior ou igual a 10%	e	Proporção menor ou igual a 45%	1

34. No IDSS, por que a nomenclatura simplificada do indicador 1.1, referente à Proporção de Parto Cesáreo, é Estímulo ao Parto Normal?

Resposta: Apesar de o indicador medir apenas a proporção de partos cesáreos, a nomenclatura simplificada tem o objetivo de orientar o setor sobre a finalidade do indicador. Neste caso, a finalidade da ANS é induzir as operadoras a reduzir as taxas de parto cesáreo.

Conforme os parâmetros estatísticos referendados na ficha técnica do indicador, as taxas de cesarianas no Brasil chegam a 55,6% em 2012, enquanto na saúde suplementar este percentual é de 84,6%. Portanto, apesar do indicador não medir diretamente o número de partos normal realizados no Brasil, a ANS tem envidado esforços para mudar o cenário da saúde suplementar.

35. O Método de cálculo apresentado no indicador 1.1 – Proporção de Parto Cesáreo considera no denominador o total de partos (normais + cesáreos + múltiplos) em beneficiárias para o procedimento. Entretanto, nem todas as beneficiárias contratam plano hospitalar com obstetrícia. Isso não afetaria o resultado do indicador?

Resposta: O tipo de cobertura assistencial oferecida pelo plano será considerado no cálculo do indicador, sendo aplicada a fórmula a seguir:

$\frac{\text{Número de partos cesáreos em beneficiárias}}{\text{Total de partos (normais + cesáreos + múltiplos) em beneficiárias de planos que contenham a segmentação hospitalar com obstetrícia}}$

36. O indicador 1.1 – Proporção de Parto Cesáreo possui como fonte os dados do Padrão para Troca de Informações em Saúde Suplementar - TISS enviados à ANS referentes aos eventos de internação. Como é realizada a identificação desse evento?

Resposta: Conforme disposto no Componente Organizacional do Padrão TISS, os eventos de internação têm sua origem na Guia de Resumo de Internação enviada pelo prestador hospitalar onde ocorreu o atendimento. As demais guias que compõem esse evento são vinculadas à guia de resumo de internação através do número de solicitação de internação. Caso o número de solicitação de internação, que vincula todas as guias participantes de um evento de internação, não seja informado corretamente pela operadora o evento pode não conter todas as guias que deveriam fazer parte dele, afetando o resultado do indicador.

37. Minha Operadora obteve nota ZERO no indicador 1.1, referente à Proporção de Parto Cesáreo. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: Existem vários motivos para que um indicador tenha como resultado final a nota “zero”. A seguir são listados os motivos mais recorrentes.

Motivo 1: Data de corte do Programa de Qualificação de Operadoras -PQO.

É estabelecida uma data de corte para o programa. Assim, caso não tenham sido encaminhados dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte, a Operadora obterá

nota igual à zero em todos os indicadores que têm o Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS como fonte de dados.

Os dados enviados para o TISS podem e devem ser corrigidos/atualizados a qualquer tempo. No entanto, para fins de avaliação de desempenho das operadoras no IDSS referente ao ano de 2019, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida para o programa.

Motivo 2: O resultado obtido refere-se a uma pontuação equivalente a um resultado igual zero.

Por exemplo:

A Operadora XYZ, segundo os dados do TISS enviados até a data de corte, realizou 230 partos cesáreos dentre os 250 partos totais realizados. Portanto, o resultado calculado foi de 92% = $(\frac{230}{250} * 100)$. E a redução da proporção de partos cesáreos em relação ao ano anterior foi de 1%. Conforme regra de pontuação do indicador definida na ficha técnica, é atribuída pontuação zero caso o resultado seja maior ou igual a 80 e a operadora tenha redução menor ou igual a 5% na sua proporção de partos cesáreos em relação ao ano anterior. Dessa forma, o resultado atribuído ao indicador será igual a zero.

Motivo 3: Inconsistências nos dados, arquivos ou sistemas necessários para o cálculo do indicador.

Conforme estabelecido na alínea (b) e no §3º do art. 4º da IN DIDES nº 60 de 09/10/2015, a Operadora receberá zero no respectivo indicador quando os dados necessários para o seu cálculo apresentarem inconsistências.

Consideram-se inconsistências: a discrepância por terem valores atípicos e a divergência, incoerência ou insuficiência de arquivos ou sistemas informados à ANS.

Por exemplo:

⇒ A operadora informou que atua exclusivamente na segmentação hospitalar sem obstetrícia e consta informação de total de partos realizados.

Ademais, será aplicada pontuação zero às operadoras que: I - não enviarem dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte do programa; II - apresentarem o índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado de acordo com a Ficha Técnica desse Indicador (indicador 4.3), conforme determina o § 2º-B da IN DIDES nº 60 de 09/10/2015, alterada pela IN DIDES nº 68 de 11/05/2017; III - A Operadora informou no TISS arquivo sem movimento para todas as competências do ano-base, porém informou eventos ocorridos no SIP- Sistema de Informações de Produtos;

38. No IDSS, minha Operadora não teve o indicador, 1.1 referente à Proporção de Parto Cesáreo, calculado. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: Conforme definido na ficha técnica do indicador, este só será calculado para as operadoras cuja soma dos partos informados no período for **igual ou superior a 100**. Ademais, algumas críticas podem fazer com que o indicador não seja calculado (não se aplica).

39. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 1.1 – Proporção de Parto Cesáreo?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS que não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base	2	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente
A OPS não teve lançamento incorporado ao banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente
OPS possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não é autogestão por RH	6	Inconsistente
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	7	Não se aplica
OPS MH possui média de beneficiárias mulheres = zero na segmentação obstetrícia no SIB e não informou partos no TISS	8	Não se aplica
OPS exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	9	Não se aplica
Operadora com menos de 100 partos informados no TISS no ano base.	10	Não se aplica
Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de beneficiários em planos que contêm a segmentação obstetrícia maior que zero) ou informou partos	11	Inconsistente
Operadora possui média de beneficiárias mulheres = zero na segmentação obstetrícia no SIB e informou partos no TISS	12	Inconsistente

1.2 – Taxa de Consultas de Pré-Natal

40. Qual o objetivo do indicador 1.2 – Taxa de Consultas de Pré-Natal?

Resposta: O indicador 1.2 – Taxa de Consultas de Pré-Natal visa calcular o número médio de consultas de pré-natal realizadas pela operadora por beneficiária grávida no período considerado. A meta é atingir pelo menos 7 (sete) consultas de pré-natal por beneficiária grávida durante a gestação de risco habitual ou alto risco.

41. O indicador 1.2 – Taxa de Consultas de Pré-Natal possui como fonte os dados do Padrão para Troca de Informações em Saúde Suplementar - TISS enviados à ANS referentes aos eventos de internação. Como é realizada a identificação desse evento?

Resposta: Conforme disposto no Componente Organizacional do Padrão TISS, os eventos de internação têm sua origem na Guia de Resumo de Internação enviada pelo prestador hospitalar onde ocorreu o atendimento. As demais guias que compõem esse evento são vinculadas à guia de resumo de internação através do número de solicitação de internação. Caso o número de solicitação de internação, que vincula todas as guias participantes de um evento de internação, não seja informado corretamente pela operadora o evento pode não conter todas as guias que deveriam fazer parte dele. Serão considerados no numerador o tipo de consulta = 3 (pré-natal) nas guias de consulta ou de SP/SADT (não vinculadas a evento de internação) + Atendimento ambulatorial código TUSS 10101012 (Consulta em consultório no horário normal ou preestabelecido) com CBO 225250 (Médico ginecologista e obstetra), realizadas nas 42 semanas antes do parto. No denominador serão considerados os códigos TUSS nos eventos de internação: 31309127 (Parto via vaginal) + 31309054 (Cesariana) + 31309208 (Cesariana com histerectomia).

42. O indicador 1.2 – Taxa de Consultas de Pré-Natal considera partos múltiplos no denominador?

Resposta: Não. Apesar de previsto na ficha técnica, o código TUSS 31309135 (Parto múltiplo) não será utilizado no cálculo do denominador do indicador 1.2 Taxa de Consultas de Pré-Natal. O código do parto múltiplo é utilizado nas guias de internação para fins de identificação do 2º ou demais conceitos, independentemente da via de nascimento (vaginal ou abdominal). Por ser fruto da mesma gravidez, não deve ser considerado no cômputo da Taxa de Consultas de Pré-Natal, sob o risco de enviesar o resultado do indicador, já que o número de consultas de pré-natal indicadas por grávida não deve variar de acordo com o nº de conceitos.

43. Como serão identificadas as mulheres grávidas no ano-base e no ano anterior para cálculo do indicador 1.2 do IDSS, referente à Taxa de Consultas de Pré-Natal?

Resposta: Para se identificar as grávidas no ano-base e no ano anterior (até 42 semanas antes do parto), serão considerados os partos em beneficiárias, univocamente identificadas, em planos que contenham segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia e segmentação exclusivamente hospitalar com obstetrícia no ano-base. Cabe ressaltar que no cálculo do indicador são considerados os planos com segmentação exclusivamente hospitalar uma vez que o Art. 23 da RN nº 428/17 assegura aos planos com segmentação hospitalar com obstetrícia, a cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério. Portanto, a consulta médica, por ser procedimento que consta no Rol vigente e estar relacionada ao pré-natal, é obrigatória por parte da operadora no plano com segmentação Hospitalar com obstetrícia.

44. Para as beneficiárias que tiveram partos realizados até agosto de 2019, as consultas realizadas em 2018 serão computadas no cálculo do IDSS?

Resposta: Conforme especificado na Ficha Técnica, haverá a identificação unívoca da beneficiária em planos que contenham segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia e segmentação exclusivamente hospitalar com obstetrícia para que seja considerado o número de consultas realizadas no ano-base e no ano anterior (até 42 semanas antes do parto). Logo, considerando o ano-base de 2019, também serão consideradas as consultas realizadas em 2018 desde que estas consultas estejam dentro do período de 42 semanas antes do parto.

45. Minha Operadora obteve nota ZERO no indicador 1.2 do IDSS, referente à Taxa de Consultas de Pré-Natal. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: Existem vários motivos para que um indicador tenha como resultado final a nota “zero”. A seguir são listados os motivos mais recorrentes.

Motivo 1: Data de corte do Programa de Qualificação de Operadoras -PQO.

É estabelecida uma data de corte para o programa. Assim, caso não tenham sido encaminhados dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte, a Operadora obterá nota igual à zero em todos os indicadores que têm TISS como fonte de dados.

Os dados enviados para TISS podem e devem ser corrigidos/atualizados a qualquer tempo. No entanto, para fins de avaliação de desempenho das operadoras no IDSS referente ao ano de 2019, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida.

Motivo 2: O resultado obtido refere-se a uma pontuação equivalente a um resultado igual zero.

Por exemplo:

⇒ A Operadora XYZ, segundo os dados do TISS enviados até a data de corte, realizou 2 consultas ou menos para as beneficiárias que tiveram parto em 2019. Conforme regra de pontuação do indicador definida na ficha técnica, é atribuída pontuação zero ao indicador.

Motivo 3: Inconsistências nos dados, arquivos ou sistemas necessários para o cálculo do indicador.

Conforme estabelecido na alínea (b) e no §3º do art. 4º da IN DIDES nº 60 de 09/10/2015, a Operadora receberá zero no respectivo indicador quando os dados necessários para o seu cálculo apresentarem inconsistências.

Consideram-se inconsistências: a discrepância por terem valores atípicos e a divergência, incoerência ou insuficiência de arquivos ou sistemas informados à ANS.

Por exemplo:

⇒ A Operadora informou que atua na segmentação hospitalar sem obstetrícia e consta informação de total de partos realizados.

Ademais, será aplicada pontuação zero às operadoras que: I - não enviarem dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte do programa; II -

apresentarem o índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado de acordo com a Ficha Técnica desse Indicador (indicador 4.3), conforme determina o § 2º-B da IN DIDES nº 60 de 09/10/2015, alterada pela IN DIDES nº 68 de 11/05/2017; III – a operadora informou nas guias TISS mais de 20% de CNS inválidos ou inexistentes no Sistema de Informações de Beneficiários – SIB; IV – A Operadora informou no TISS arquivo sem movimento para todas as competências do ano-base, porém informou eventos ocorridos no SIP- Sistema de Informações de Produtos;

46. No IDSS, minha Operadora não teve o indicador 1.2, referente à Taxa de Consultas de Pré-Natal calculado. Qual pode ter sido a razão?

Motivo: Critério técnico estabelecido na ficha técnica do indicador ou crítica

Operadoras exclusivamente odontológicas, por exemplo, não têm o indicador calculado.

46. No IDSS, operadoras que tiveram menos de 100 partos no período serão avaliadas no indicador 1.2, referente à Taxa de Consultas de Pré-Natal?

Resposta: Sim. O número de partos não será mais critério para a não avaliação da operadora. A ocorrência de 100 partos ou mais para avaliar o indicador não se faz necessária uma vez que a informação de parto é utilizada para identificar quantas consultas uma grávida fez em média durante sua gestação. A adoção deste critério excluiria do cálculo operadoras que podem ser avaliadas.

47. No indicador 1.2 Taxas de Consulta de Pré-Natal, são consideradas no numerador consultas realizadas com médicos de família ou generalistas?

Resposta: No indicador 1.2 Taxas de Consulta de Pré-Natal, há identificação unívoca da beneficiária que teve um parto no ano-base. As consultas desta beneficiária são identificadas nas guias TISS por meio do tipo de consulta = 3 - pré-natal (nas guias de consulta ou de SP/SADT não vinculadas a evento de internação), somadas às consultas realizadas em consultório por médico ginecologista e obstetra (Código TISS 10101012 e CBO 225250).

Portanto, caso um médico de família e comunidade ou um médico generalista realizem consulta de pré-natal identificada pelo código: tipo de consulta = 3, nas guias TISS, estas serão computadas no numerador do indicador.

48. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 1.2 – Taxas de Consulta de Pré-Natal?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras

realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica
OPS não possui beneficiários em planos que contenham segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia e segmentação exclusivamente hospitalar com obstetrícia no ano-base	2	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	3	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	4	Inconsistente
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	5	Inconsistente
A OPS não teve lançamento incorporado ao banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	6	Inconsistente
OPS possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não é autogestão por RH	7	Inconsistente
Operadora MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	8	Não se aplica
Operadora MH possui média de beneficiários = zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou tipo de guia = 1 ou 2 (Consulta e SP/SADT não vinculado à internação)	9	Não se aplica
Operadora exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	10	Não se aplica
Operadora sem nenhum parto informado no TISS no ano-base ocorrido em beneficiária de plano que contenha a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, univocamente identificada por meio do CNS.	11	Não se aplica
Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de beneficiários em planos que contêm a segmentação ambulatorial maior que zero) ou informou atendimentos em tipo de guia = 1, 2 (SP/SADT não vinculado à internação).	12	Inconsistente
Operadora possui média de beneficiários > zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	13	Inconsistente
Operadora possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	14	Inconsistente
Operadora possui nas guias TISS do ano-base 20% ou mais de CNS inexistentes no SIB	15	Inconsistente

1.3 Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos

49. Qual o objetivo do indicador 1.3 – Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos?

Resposta: O indicador 1.3 – Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos visa calcular o número médio de internações hospitalares por Fratura de Fêmur para cada 1000 beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais, no período considerado. A meta é atingir um valor menor ou igual a 2,26 para as operadoras de pequeno porte, 2,68 para as operadoras de médio porte e 2,78, para as operadoras de grande porte, no período considerado (adição de 20% à média da taxa para o período 2012-2015 – possibilitando que, mesmo as operadoras que estão com resultados até 20% acima da média das medianas apuradas para o período de 2012 a 2015, possam receber nota máxima no indicador).

50. O indicador 1.3 – Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos possui como fonte os dados do Padrão para Troca de Informações em Saúde Suplementar - TISS enviados à ANS referentes aos eventos de internação. Como é realizada a identificação desse evento?

Resposta: Conforme disposto no Componente Organizacional do Padrão TISS, os eventos de internação têm sua origem na Guia de Resumo de Internação enviada pelo prestador hospitalar onde ocorreu o atendimento. As demais guias que compõem esse evento são vinculadas à guia de resumo de internação através do número de solicitação de internação. Caso o número de solicitação de internação, que vincula todas as guias participantes de um evento de internação, não seja informado corretamente pela operadora o evento pode não conter todas as guias que deveriam fazer parte dele, afetando o cálculo do indicador.

51. Como é feita a identificação da idade do beneficiário para apuração do indicador 1.3 – Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos?

Resposta: Para cálculo da idade do beneficiário, caso a data de nascimento não esteja preenchida na Guia TISS, esta informação será buscada no SIB, por meio do CNS – Cartão Nacional de Saúde. Portanto, a operadora deverá observar o correto preenchimento do CNS- Cartão Nacional de Saúde tanto na Guia TISS quanto no SIB. As guias que não tiverem identificação do beneficiário pelo CNS serão desconsideradas para apuração do indicador.

52. No IDSS, minha Operadora obteve nota ZERO no indicador 1.3, referente à Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: Existem vários motivos para que um indicador tenha como resultado final a nota “zero”. A seguir são listados os motivos mais recorrentes.

Motivo 1: Data de corte do Programa de Qualificação de Operadoras -PQO.

É estabelecida uma data de corte para o programa. Assim, caso não tenham sido encaminhados dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte, a Operadora obterá nota igual à zero em todos os indicadores que têm o TISS como fonte de dados.

Os dados enviados para o TISS podem e devem ser corrigidos/atualizados a qualquer tempo. No entanto, para fins de avaliação de desempenho das operadoras no IDSS referente ao ano de 2019, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida.

Motivo 2: Inconsistências nos dados, arquivos ou sistemas necessários para o cálculo do indicador.

Conforme estabelecido na alínea (b) e no §3º do art. 4º da Instrução Normativa DIDES nº 60 de 09/10/2015, a Operadora receberá zero no respectivo indicador quando os dados necessários para o seu cálculo apresentarem inconsistências.

Consideram-se inconsistências: a discrepância por terem valores atípicos e a divergência, incoerência ou insuficiência de arquivos ou sistemas informados à ANS.

Ademais, será aplicada pontuação zero às operadoras que: I - não enviarem dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte do programa; II - apresentarem o índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado de acordo com a Ficha Técnica desse Indicador (indicador 4.3), conforme determina o § 2º-B da IN DIDES nº 60 de 09/10/2015, alterada pela IN DIDES nº 68 de 11/05/2017.

Motivo 3: O resultado obtido refere-se a uma pontuação equivalente a um resultado igual a zero.

53. No IDSS, o indicador 1.3, referente à Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos, pode sofrer algum tipo de padronização dos resultados?

Resposta: Sim. Ao resultado do indicador podem ser aplicadas as técnicas de padronização direta por faixa etária e sexo, além da metodologia de Bayes Empírico para ajuste de pequenas populações.

A padronização direta por faixa etária e sexo tem por objetivo eliminar a influência causada no resultado do indicador pela composição quantitativa diferenciada das faixas etárias e sexo da população de beneficiários de cada operadora. Esta metodologia é importante quando o risco variar substancialmente com a idade e o sexo dos indivíduos.

O Método *Bayes* Empírico consiste em ajustar a taxa de um evento, encontrada em cada operadora, pela taxa média de todas as operadoras para aquele evento em questão, considerando o número de beneficiários de cada operadora e a dispersão dos valores das taxas entre as operadoras. A aplicação da metodologia de Bayes Empírico visa o ajuste das flutuações extremas das taxas e proporções em pequenas populações, uma vez que estas podem sofrer grande variação com a adição ou a subtração de um único evento. Assim, quanto menor for o número de beneficiário de uma operadora expostos para um evento (denominador), maior será o ajuste, ficando a taxa da operadora mais próxima da taxa média de todas as operadoras e evitando a sua penalização. Quanto maior for o número de beneficiários de uma operadora expostos para o mesmo evento, menor será o ajuste, ficando a operadora muito próxima da taxa sem ajuste que for encontrado para ela.

Somente após o cálculo do resultado padronizado do indicador é que a pontuação do indicador é calculada.

54. Os parâmetros da Ficha Técnica do indicador 1.3 do IDSS indicam a média das medianas das taxas de internação por fratura de fêmur em idosos entre os anos de 2012 e 2015,

por porte da operadora. Por que a meta do indicador prevê uma adição de 20% sobre as médias?

Resposta: A meta do indicador foi ajustada para fins de pontuação. A ANS possibilitou que, mesmo as operadoras que estão com resultados 20% acima da média das medianas apuradas para o período de 2012 a 2015, possam receber nota máxima no indicador.

55. No IDSS, como foi apurada a meta do indicador 1.3 – Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos?

Resposta: A meta para este indicador foi apurada por porte e com base na média das medianas da taxa por fratura de fêmur em idosos apuradas no IDSS nos anos de 2012 a 2015.

Para fins de pontuação a ANS aplicou um percentual de 20%, majorando a meta por porte e possibilitando que operadoras com resultados maiores em até 20% obtenham a nota máxima no indicador.

Mediana da taxa de internação por fratura de fêmur em idosos – anos 2012 a 2015 por 1000					
Porte da Operadora	2012	2013	2014	2015	Média
Operadoras de Pequeno Porte	1,89	1,92	1,79	1,90	1,88
Operadoras de Médio Porte	2,39	2,04	2,30	2,20	2,23
Operadoras de Grande Porte	2,47	2,16	2,34	2,31	2,32

Fonte: Programa de Qualificação de Operadoras, 2012-2015, Brasil ANS.

Porte da Operadora	Média das Medianas (A)	Meta (A)+20%
Operadoras de Pequeno Porte	1,88	2,26
Operadoras de Médio Porte	2,23	2,68
Operadoras de Grande Porte	2,32	2,78

56. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 1.3 – Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	2	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente
A OPS não teve lançamento incorporado ao banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente
OPS possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não é autogestão por RH	6	Inconsistente
OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	7	Inconsistente
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	8	Não se aplica
OPS MH possui média de beneficiários = zero na segmentação hospitalar e/ou hospitalar com obstetrícia no SIB	9	Não se aplica
OPS exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	10	Não se aplica
OPS possui no ano-base média de beneficiários com 60 anos ou mais igual a zero na segmentação hospitalar no SIB e Não informou no TISS nenhuma internação por fratura de fêmur em beneficiários de 60 anos ou mais no ano-base	11	Não se aplica
Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de beneficiários em planos que contêm a segmentação hospitalar maior que zero) ou informou atendimentos em tipo de guia = 2 (SP/SADT vinculado à internação) ou 3 (internação) ou 5 (honorário)	12	Inconsistente
OPS possui média de beneficiários > zero no SIB para a segmentação hospitalar e/ou hospitalar com obstetrícia e não informou atendimentos em tipo de guia = 3	13	Inconsistente
OPS possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação hospitalar e/ou hospitalar com obstetrícia e informou atendimentos em tipo de guia = 3	14	Inconsistente

1.4 Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiários de 0 a 4 Anos

57. Apesar de o nome do indicador 1.4 ser “Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 Anos”, o conceito apresentado na ficha técnica é “Número total

de consultas ambulatoriais para o cuidado integral da criança por beneficiários de até 4 anos no período considerado”. O que será avaliado neste indicador?

Resposta: O indicador 1.4 – Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 Anos tem como objetivo avaliar a razão entre as consultas ambulatoriais para o cuidado integral da criança por beneficiários de até 4 anos em relação ao total de consultas recomendadas no período considerado.

58. Por que no IDSS o indicador 1.4 – Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiários de 0 a 4 Anos apresenta, em seu método de cálculo, duas parcelas separadas?

Resposta: A separação do número de consultas para crianças menores que um ano e para crianças entre 1 e 4 anos foi apresentado na fórmula de cálculo de forma separada apenas para fins didáticos, já que a média de consultas recomendadas por ano é diferente para estas faixas de idade. Porém, para fins de pontuação, o resultado será apurado conjuntamente [Resultado = (soma dos numeradores) / (soma dos denominadores)].

59. A ficha técnica do indicador 1.4 – Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 Anos define como meta para a operadora obter a pontuação máxima apresentar uma produção igual ou superior a 8 consultas no primeiro ano de vida e 2,7 consultas por ano para crianças com idade entre 1 e 4 anos. Porém, a tabela de pontuação apresenta como pontuação máxima um resultado $\geq 0,95$. Qual o valor correto para obtenção da pontuação máxima?

Resposta: A tabela de pontuação apresenta de forma simplificada a meta estabelecida para o indicador. A operadora obterá a pontuação máxima no indicador 1.4 se apresentar pelo menos 0,95 de razão das consultas realizadas em relação às consultas recomendadas para crianças de até 4 anos.

60. Como é feita a identificação da idade do beneficiário para apuração do indicador 1.4 – Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 Anos?

Resposta: Para cálculo da idade do beneficiário, caso a data de nascimento não esteja preenchida na Guia TISS, esta informação será buscada no SIB, por meio do CNS – Cartão Nacional de Saúde. Portanto, a operadora deverá observar o correto preenchimento do CNS- Cartão Nacional de Saúde tanto na Guia TISS quanto no SIB. As guias que não tiverem identificação do beneficiário pelo CNS serão desconsideradas para apuração do indicador.

61. Minha Operadora obteve nota ZERO no indicador 1.4 – Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiários de 0 a 4 Anos. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: Existem vários motivos para que um indicador tenha como resultado final a nota “zero”. A seguir são listados os motivos mais recorrentes.

Motivo 1: Data de corte do Programa de Qualificação de Operadoras - PQO.

É estabelecida uma data de corte para o programa. Assim, caso não tenham sido encaminhados dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte, a Operadora obterá nota igual à zero em todos os indicadores que têm TISS como fonte de dados.

Os dados enviados para TISS podem e devem ser corrigidos/atualizados a qualquer tempo. No entanto, para fins de avaliação de desempenho das operadoras no IDSS referente ao ano de 2019, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida.

Motivo 2: O resultado obtido refere-se a uma pontuação equivalente a um resultado igual zero.

Motivo 3: Inconsistências nos dados, arquivos ou sistemas necessários para o cálculo do indicador.

Conforme estabelecido na alínea (b) e no §3º do art. 4º da IN DIDES nº 60 de 09/10/2015, a Operadora receberá zero no respectivo indicador quando os dados necessários para o seu cálculo apresentarem inconsistências.

Consideram-se inconsistências: a discrepância por terem valores atípicos e a divergência, incoerência ou insuficiência de arquivos ou sistemas informados à ANS.

Ademais, será aplicada pontuação zero às operadoras que: I - não enviarem dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte do programa; II - apresentarem o índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado de acordo com a Ficha Técnica desse Indicador (indicador 4.3), conforme determina o § 2º-B da IN DIDES nº 60 de 09/10/2015, alterada pela IN DIDES nº 68 de 11/05/2017.

62. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 1.4 – Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiários de 0 a 4 Anos?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Critica	Prioridade	Cálculo
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	2	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente

Crítica	Prioridade	Cálculo
A OPS não teve lançamento incorporado ao banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente
OPS possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não é autogestão por RH	6	Inconsistente
OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	7	Inconsistente
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	8	Não se aplica
OPS MH possui média de beneficiários = zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou tipo de guia = 1 ou 2 (Consulta e SP/SADT não vinculado à internação)	9	Não se aplica
OPS exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	10	Não se aplica
OPS possui no ano-base média de beneficiários até 4 anos igual a zero na segmentação ambulatorial no SIB e Não informou no TISS nenhuma consulta ambulatorial com pediatra em beneficiários até 4 anos de idade	11	Não se aplica
(Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de beneficiários em planos que contêm a segmentação ambulatorial maior que zero) ou informou atendimentos em tipo de guia = 1, 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	12	Inconsistente
OPS possui média de beneficiários > zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	13	Inconsistente
OPS possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	14	Inconsistente

1.5 Taxa de Citopatologia Cérvico- Vaginal Oncótica

63. A ficha técnica do indicador 1.5 – Taxa de Citopatologia Cérvico – Vaginal Oncótica informa que serão considerados no Numerador os Códigos TUSS 40601137 (Procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncótica) e 40601323 (Procedimento diagnóstico citopatológico em meio líquido) nas guias não vinculadas à internação de SP/SADT (atendimento ambulatorial) para beneficiárias univocamente identificadas pelo número CNS, com idade entre 25 e 64 anos (inclusive) na data de realização do exame. Como será contabilizado o diagnóstico citopatológico em meio líquido (código TUSS 40601323) para o cálculo do indicador?

Resposta: O código TUSS 40601323 - Procedimento diagnóstico citopatológico em meio líquido não será considerado no numerador do indicador 1.5 - Taxa de Citopatologia Cérvico – Vaginal Oncótica, pois este código é de envio consolidado, no ano-base 2019, conforme tabela TUSS 64.

64. Minha Operadora obteve nota ZERO no indicador de 1.5 do IDSS, referente à Taxa de Citopatologia Cérvico-Vaginal Oncótica. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: Existem vários motivos para que um indicador tenha como resultado final a nota “zero”. A seguir são listados os motivos mais recorrentes.

Motivo 1: Data de corte do Programa de Qualificação de Operadoras -PQO

É estabelecida uma data de corte para o programa. Assim, caso não tenham sido encaminhados dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte, a Operadora obterá nota igual à zero em todos os indicadores que têm o TISS como fonte de dados.

Os dados enviados para TISS podem e devem ser corrigidos/atualizados a qualquer tempo. No entanto, para fins de avaliação de desempenho das operadoras no IDSS referente ao ano de 2019, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida.

Motivo 2: Inconsistências nos dados, arquivos ou sistemas necessários para o cálculo do indicador.

Conforme estabelecido na alínea (b) e no §3º do art. 4º da Instrução Normativa DIDES nº 60 de 09/10/2015, a Operadora receberá zero no respectivo indicador quando os dados necessários para o seu cálculo apresentarem inconsistências.

Consideram-se inconsistências: a discrepância por terem valores atípicos e a divergência, incoerência ou insuficiência de arquivos ou sistemas informados à ANS.

Ademais, será aplicada pontuação zero às operadoras que: I - não enviarem dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte do programa; II - apresentarem o índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado de acordo com a Ficha Técnica desse Indicador (indicador 4.3), conforme determina o § 2º-B da IN DIDES nº 60 de 09/10/2015, alterada pela IN DIDES nº 68 de 11/05/2017.

Motivo 3: O resultado obtido refere-se a uma pontuação equivalente a um resultado igual zero.

65. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicado r1.5 – Taxa de Citopatologia Cérvico – Vaginal Oncótica?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	2	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente
A OPS não teve lançamento incorporado ao banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente
OPS possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não é autogestão por RH	6	Inconsistente
OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	7	Inconsistente
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	8	Não se aplica
OPS MH possui média de beneficiários = zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou tipo de guia = 1 ou 2 (Consulta e SP/SADT não vinculado à internação)	9	Não se aplica
OPS exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	10	Não se aplica
OPS possui no ano-base média de beneficiárias mulheres de 25 a 64 anos igual a zero na segmentação ambulatorial no SIB e Não informou no TISS nenhum procedimento de citopatologia em mulheres de 25 a 64 anos no ano-base, com ou sem CNS preenchido.	11	Não se aplica
(Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de beneficiários em planos que contêm a segmentação ambulatorial maior que zero) ou informou atendimentos em tipo de guia = 1, 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	12	Inconsistente
OPS possui média de beneficiários > zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	13	Inconsistente
OPS possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	14	Inconsistente

1.6 Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada

66. Como será calculado o indicador 1.6 – Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada do IDSS?

Resposta: A lógica do indicador é a partir da estimativa da prevalência do diabetes mellitus em beneficiários adultos (entre 19 e 75 anos) de plano de saúde das capitais brasileiras, medir o número médio de exames de hemoglobina glicada por beneficiário realizados nesta população e indiretamente a adesão dos médicos assistentes às diretrizes clínicas que recomendam que os testes de hemoglobina glicada devam ser realizados pelo menos duas vezes ao ano por todos os pacientes diabéticos.

Assim, a partir dos beneficiários que possuem cobertura ambulatorial, no denominador é estimado o total de beneficiários diabéticos da operadora e no numerador são computados o

total de exames de hemoglobina glicada realizados no ano (a partir do 2º exame) pelos diabéticos da operadora.

A meta é apresentar média maior ou igual a 2 (dois) exames de hemoglobina glicada por beneficiário univocamente identificado com diabetes mellitus e idade entre 19 e 75 anos, no período considerado.

67. No IDSS, por que o numerador do indicador 1.6, referente à Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada, considera o somatório a partir do segundo exame de hemoglobina glicada realizado pelo beneficiário univocamente identificado?

Resposta: A Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (2016) estabelece dois exames ao ano aos pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus. Para os pacientes com diagnóstico nos anos anteriores à apuração do indicador e sob bom controle glicêmico, a captura dos dois exames anuais não oferecerá grandes dificuldades, pois supõe-se que o médico assistente irá programar 2 exames ao longo do ano seguinte.

Poderá haver uma subestimação do número de exames realizados para os pacientes com diagnóstico inicial de diabetes no ano de apuração do indicador, especialmente para aqueles com diagnóstico inicial de diabetes no segundo semestre, pois estes terão sua avaliação subsequente no ano seguinte.

Não há dados sobre o número de casos novos de diabetes mellitus diagnosticados a cada ano no Brasil. Considerando os dados dos Estados Unidos da América (CDC 2017), que apresentou em 2015 uma prevalência de diabetes mellitus (7,2%) na população adulta semelhante à da população adulta da Saúde Suplementar brasileira no período 2011-2015 (6,7%), o número de casos novos foi de 6,7 por 1.000 adultos, cerca de 1/11 da prevalência. Estima-se, assim, que o número de beneficiários com diabetes que terão seus exames desconsiderados por terem realizado somente um exame de hemoglobina glicada no ano de apuração não terá um impacto significativo sobre o desempenho da operadora neste indicador.

Referência: CDC 2017 - Centers for Disease Control and Prevention. National Diabetes Statistics Report, 2017. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Dept of Health and Human Services; 2017.

68. Como serão contabilizados no numerador do indicador 1.6 do IDSS, referente à Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada, os exames de hemoglobina glicada realizados pelos beneficiários?

Resposta: O beneficiário será univocamente identificado e será apurada a soma a partir do segundo exame de hemoglobina glicada realizado pelo beneficiário. A operadora deverá observar o correto preenchimento do CNS-Cartão Nacional de Saúde nas guias de SP/SADT, uma vez que as guias que não tiverem identificação do beneficiário pelo CNS serão desconsideradas para apuração do indicador.

A Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD (2016) recomenda que exames de hemoglobina glicada (HbA1c) devam ser realizados pelo menos duas vezes ao ano por todos os pacientes diabéticos. Logo, o beneficiário diabético deve realizar ao menos 2 exames ao longo do ano-

base de 2019. Para entender como se dá o cálculo do numerador deste indicador, é apresentado o exemplo a seguir:

Exemplo: Supondo uma operadora com média de 60 beneficiários com idade entre 19 e 75 anos no ano-base de 2019. A estimativa é que 6,7% destes beneficiários sejam diabéticos, ou seja, 4 beneficiários. A meta do indicador é apresentar taxa maior ou igual a 2 (dois) exames por beneficiário univocamente identificado em 2019.

O cálculo do numerador prevê o somatório, a partir do segundo exame de hemoglobina glicada realizado pelo beneficiário univocamente identificado, com idade ≥ 19 anos e ≤ 75 anos, realizados em regime ambulatorial, no período considerado.

O somatório do numerador considera apenas os beneficiários que fizeram o 2º exame (que representa, 2 exames ou mais em 2019).

Beneficiário	ago 2018	set 2018	out 2018	nov 2018	dez 2018	jan 2019	fev 2019	mar 2019	abr 2019	mai 2019	jun 2019	jul 2019	ago 2019	set 2019	out 2019	nov 2019	dez 2019	jan 2020	
1																			
2																			
3 Não diabético																			
4 não diabético																			
5																			
6																			

Legenda:

	Exame de Hemoglobina Glicada realizado naquele mês
	Exame de Hemoglobina Glicada recomendado, mas não realizado naquele mês

Beneficiário 1: Não realizou o 2º exame recomendado no ano-base 2019. Logo, o exame deste beneficiário não será computado no numerador.

Beneficiário 2: Realizou o 2º exame recomendado no ano-base 2019. Logo, os 2 exames deste beneficiário serão considerados no numerador.

Beneficiários 3 e 4: só realizaram 1 exame em 2019, logo seus exames não serão computados no numerador.

Beneficiários 5 e 6: deveriam ter realizado 2 exames ao longo de 2019, mas só realizaram 1. Logo, nenhum exame destes beneficiários será considerado no numerador.

Portanto, o cálculo do indicador será:

Numerador = 2 exames realizados pelo beneficiário 2

Denominador = 4 beneficiários diabéticos

Resultado: $2/4 = 0,5$

Logo a nota no indicador, de acordo com a tabela de pontuação da ficha técnica, será: $(0,5 - 0,2) / 1,80 = 0,1667$

O resultado do indicador não sofre influência cronológica, visto que o número de exames que deve ser considerado são apenas os exames dos beneficiários que fizeram pelo menos 2 exames.

Os beneficiários que efetuarem apenas um exame no ano-base, não serão considerados no cálculo. Dada a periodicidade recomendada para execução de 2 exames ao ano, qualquer que seja o período de realização, haverá sempre 2 ao ano.

Exceção se faz ao caso do beneficiário diagnosticado a partir do 2º semestre. Neste caso, mesmo sendo diabético, o beneficiário só fará o 2º exame no ano seguinte, e não será computado no numerador do indicador. Entretanto, espera-se que este caso seja “compensado” pelos beneficiários que farão mais de 2 exames em 2019.

69. No IDSS, o indicador 1.6, referente à Taxa de exames de Hemoglobina Glicada, pode sofrer algum tipo de padronização dos resultados?

Resposta: Sim. Ao resultado do indicador pode ser aplicada a técnica de padronização direta por faixa etária, que tem por objetivo eliminar a influência causada nos resultados do indicador pela composição quantitativa diferenciada das faixas etárias da população de beneficiários de cada operadora.

Somente após o cálculo do resultado padronizado do indicador é que a pontuação do indicador é calculada.

70. Minha Operadora obteve nota ZERO no indicador 1.6 – Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: Existem vários motivos para que um indicador tenha como resultado final a nota “zero”. A seguir são listados os motivos mais recorrentes.

Motivo 1: Data de corte do Programa de Qualificação de Operadoras -PQO.

É estabelecida uma data de corte para o programa. Assim, caso não tenham sido encaminhados dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte, a Operadora obterá nota igual à zero em todos os indicadores que têm TISS como fonte de dados.

Os dados enviados para TISS podem e devem ser corrigidos/atualizados a qualquer tempo. No entanto, para fins de avaliação de desempenho das operadoras no IDSS referente ao ano de 2019, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida.

Motivo 2: O resultado obtido refere-se a uma pontuação equivalente a um resultado igual zero.

Motivo 3: Inconsistências nos dados, arquivos ou sistemas necessários para o cálculo do indicador.

Conforme estabelecido na alínea (b) e no §3º do art. 4º da IN DIDES nº 60 de 09/10/2015, a Operadora receberá zero no respectivo indicador quando os dados necessários para o seu cálculo apresentarem inconsistências.

Consideram-se inconsistências: a discrepância por terem valores atípicos e a divergência, incoerência ou insuficiência de arquivos ou sistemas informados à ANS.

Ademais, será aplicada pontuação zero às operadoras que: I - não enviarem dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte do programa; II - apresentarem o índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado de acordo com a Ficha Técnica desse Indicador (indicador 4.3), conforme determina o § 2º-B da IN DIDES nº 60 de 09/10/2015, alterada pela IN DIDES nº 68 de 11/05/2017.

71. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 1.6 – Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	2	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente
A OPS não teve lançamento incorporado ao banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente
OPS possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não é autogestão por RH	6	Inconsistente
OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	7	Inconsistente

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	8	Não se aplica
OPS MH possui média de beneficiários = zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou tipo de guia = 1 ou 2 (Consulta e SP/SADT não vinculado à internação)	9	Não se aplica
OPS exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	10	Não se aplica
OPS possui no ano-base média de beneficiários com idade >=19 anos e <=75 anos igual a zero na segmentação ambulatorial no SIB e Não informou no TISS nenhum exame de hemoglobina glicada	11	Não se aplica
(Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de beneficiários em planos que contêm a segmentação ambulatorial maior que zero) ou informou atendimentos em tipo de guia = 1, 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	12	Inconsistente
OPS possui média de beneficiários > zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	13	Inconsistente
OPS possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	14	Inconsistente

1.7 Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Cárie

72. Minha Operadora obteve nota ZERO no indicador 1.7 do IDSS, referente à Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – Cárie. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: Existem vários motivos para que um indicador tenha como resultado final a nota “zero”. A seguir são listados os motivos mais recorrentes.

Motivo 1: Data de corte do Programa de Qualificação de Operadoras -PQO

É estabelecida uma data de corte para o programa. Assim, caso não tenham sido encaminhados dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte, a Operadora obterá nota igual à zero em todos os indicadores que têm o TISS como fonte de dados.

Os dados enviados para TISS podem e devem ser corrigidos/atualizados a qualquer tempo. No entanto, para fins de avaliação de desempenho das operadoras no IDSS referente ao ano de 2019, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida.

Motivo 2: Inconsistências nos dados, arquivos ou sistemas necessários para o cálculo do indicador. Conforme estabelecido na alínea (b) e no §3º do art. 4º da IN DIDES nº 60 de 09/10/2015, a Operadora receberá zero no respectivo indicador quando os dados necessários para o seu cálculo apresentarem inconsistências.

Consideram-se inconsistências: a discrepância por terem valores atípicos e a divergência, incoerência ou insuficiência de arquivos ou sistemas informados à ANS.

Ademais, será aplicada pontuação zero às operadoras que: I - não enviarem dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte do programa; II - apresentarem o índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado de acordo com a Ficha Técnica desse Indicador (indicador 4.3), conforme determina o § 2º-B da IN DIDES nº 60 de 09/10/2015, alterada pela IN DIDES nº 68 de 11/05/2017.

Motivo 3: O resultado obtido refere-se a uma pontuação equivalente a um resultado igual zero.

73. No IDSS, como serão contabilizados os procedimentos odontológicos para efeito do cálculo do indicador 1.7 – Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – Cárie?

Resposta: Conforme consta na ficha técnica disponibilizada no portal da ANS, a apuração do indicador será realizada considerando a contagem dos códigos TUSS especificados na ficha e as quantidades de procedimentos informadas pela operadora no campo “QUANTIDADE INFORMADA DE PROCEDIMENTOS OU ITENS ASSISTENCIAIS” de cada guia. Este critério será adotado independentemente da unidade adotada (boca, região, dente, face, etc.), a fim de considerar as peculiaridades técnicas de cada procedimento e a unidade de informação de cada operadora.

74. No IDSS, o fato de as operadoras informarem os procedimentos odontológicos no TISS em unidades diferentes (boca, região, dente, face, etc.) afeta a pontuação do indicador 1.7 – Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – Cárie?

Resposta: Não. Por se tratar de uma proporção, a ocorrência de um maior número de repetições no numerador também se reflete no denominador, de modo que a variação decorrente da unidade adotada é amenizada no cálculo da razão do numerador pelo denominador. Ademais, o critério de pontuação do indicador se baseia na mediana dessas proporções do setor por grupo e porte, o que também minimiza eventuais variações oriundas do método de contagem.

75. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 1.7 – Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – Cárie?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser

revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS não possui beneficiários odontológicos nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	2	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente
A OPS não teve lançamento incorporado ao banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente
OPS possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não é autogestão por RH	6	Inconsistente
OPS MH que possui média de beneficiários na segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e não informou tipo de guia = 4 (Guia de Tratamento Odontológico GTO)	7	Não se aplica
OPS MH que possui média de beneficiários na segmentação odontológica do SIB maior do que 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e não informou atendimentos em tipo de guia = 4	8	Inconsistente
OPS possui média de beneficiários > zero para a segmentação odontológica do SIB e não informou atendimentos em tipo de guia = 4	9	Inconsistente
OPS possui média de beneficiários =zero na segmentação odontológica do SIB e informou atendimentos em tipo de guia = 4	10	Inconsistente

1.8 Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Periodontia

76. No IDSS, minha Operadora obteve nota ZERO no indicador de 1.8, referente à Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – Periodontia. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: Existem vários motivos para que um indicador tenha como resultado final a nota “zero”. A seguir são listados os motivos mais recorrentes.

Motivo 1: Data de corte do Programa de Qualificação de Operadoras -PQO

É estabelecida uma data de corte para o programa. Assim, caso não tenham sido encaminhados dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte, a Operadora obterá nota igual à zero em todos os indicadores que têm o TISS como fonte de dados.

Os dados enviados para TISS podem e devem ser corrigidos/atualizados a qualquer tempo. No entanto, para fins de avaliação de desempenho das operadoras no IDSS referente ao

ano de 2019, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida.

Motivo 2: Inconsistências nos dados, arquivos ou sistemas necessários para o cálculo do indicador.

Conforme estabelecido na alínea (b) e no §3º do art. 4º da Instrução Normativa DIDES nº 60 de 09/10/2015, a Operadora receberá zero no respectivo indicador quando os dados necessários para o seu cálculo apresentarem inconsistências.

Consideram-se inconsistências: a discrepância por terem valores atípicos e a divergência, incoerência ou insuficiência de arquivos ou sistemas informados à ANS.

Ademais, será aplicada pontuação zero às operadoras que: I - não enviarem dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte do programa; II - apresentarem o índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado de acordo com a Ficha Técnica desse Indicador (indicador 4.3), conforme determina o § 2º-B da IN DIDES nº 60 de 09/10/2015, alterada pela IN DIDES nº 68 de 11/05/2017; III – a operadora informou nas guias TISS mais de 20% de CNS inválidos ou inexistentes no Sistema de Informações de Beneficiários – SIB; IV – A Operadora informou no TISS arquivo sem movimento para todas as competências do ano-base, porém informou eventos ocorridos no SIP- Sistema de Informações de Produtos.

Motivo 3: O resultado obtido refere-se a uma pontuação equivalente a um resultado igual zero.

77. Como é feita a identificação da idade do beneficiário para apuração do indicador 1.8 - Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – Periodontia?

Resposta: Para cálculo da idade do beneficiário, caso a data de nascimento não esteja preenchida na Guia TISS, esta informação será buscada no SIB, por meio do CNS – Cartão Nacional de Saúde. Portanto, a operadora deverá observar o correto preenchimento do CNS- Cartão Nacional de Saúde tanto na Guia TISS quanto no SIB. As guias que não tiverem identificação do beneficiário pelo CNS serão desconsideradas para apuração do indicador.

78. No IDSS, como serão contabilizados os procedimentos odontológicos para efeito do cálculo do indicador 1.8 – Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – Periodontia?

Resposta: Conforme consta na ficha técnica disponibilizada no portal da ANS, a apuração do indicador será realizada considerando a contagem dos códigos TUSS especificados na ficha e as quantidades de procedimentos informadas pela operadora no campo “QUANTIDADE INFORMADA DE PROCEDIMENTOS OU ITENS ASSISTENCIAIS” de cada guia. Este critério será adotado independentemente da unidade adotada (boca, região, dente, face, etc.), a fim de considerar as peculiaridades técnicas de cada procedimento e a unidade de informação de cada operadora.

79. No IDSS, o fato de as operadoras informarem os procedimentos odontológicos no TISS em unidades diferentes (boca, região, dente, face, etc.) afeta a pontuação do indicador 1.8 – Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – Periodontia?

Resposta: Não. Por se tratar de uma proporção, a ocorrência de um maior número de repetições no numerador também se reflete no denominador, de modo que a variação decorrente da unidade adotada é amenizada no cálculo da razão do numerador pelo denominador. Ademais, o critério de pontuação do indicador se baseia na mediana dessas proporções do setor por grupo e porte, o que também minimiza eventuais variações oriundas do método de contagem.

80. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 1.8 – Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – Periodontia?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS não possui beneficiários odontológicos nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	2	Não se aplica
AOPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E Informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente
A OPS não teve lançamento incorporado ao banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente
OPS possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não é autogestão por RH	6	Inconsistente
OPS MH que possui média de beneficiários na segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e não informou tipo de guia = 4 (Guia de Tratamento Odontológico GTO)	7	Não se aplica
OPS MH que possui média de beneficiários na segmentação odontológica do SIB maior do que 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e não informou atendimentos em tipo de guia = 4	8	Inconsistente
OPS possui média de beneficiários > zero para a segmentação odontológica do SIB e não informou atendimentos em tipo de guia = 4	9	Inconsistente
OPS possui média de beneficiários =zero na segmentação odontológica do SIB e Informou atendimentos em tipo de guia = 4	10	Inconsistente
OPS possui nas guias TISS do ano-base 20% ou mais de CNS inexistentes no SIB	11	Inconsistente

1.9 Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos

81. Como é feita a identificação da idade do beneficiário para apuração do indicador 1.9 - Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos?

Resposta: Para cálculo da idade do beneficiário, caso a data de nascimento não esteja preenchida na Guia TISS, esta informação será buscada no SIB, por meio do CNS – Cartão Nacional de Saúde. Portanto, a operadora deverá observar o correto preenchimento do CNS- Cartão Nacional de Saúde tanto na Guia TISS quanto no SIB. As guias que não tiverem identificação do beneficiário pelo CNS serão desconsideradas para apuração do indicador.

82. Por que o Denominador do indicador 1.9 do IDSS, referente à Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos, considera guias com CBO's não identificados?

Resposta: O objetivo do indicador é encontrar a relação entre as consultas realizadas pelo idoso com generalistas e especialistas.

Para calcular o numerador, é imprescindível que haja o preenchimento do CBO, para as guias de consulta ou de SP/SADT - não vinculadas ao evento de internação - independentemente da origem da guia (reembolso ou não).

No cálculo do denominador, o CBO das demais áreas médicas não consideradas como generalista no programa (médico clínico, médico de família e comunidade, médico generalista ou geriatria) serão considerados, inclusive os CBO's não identificados. Entretanto, quando a origem da guia for de reembolso (origem = 4), o "CBO não identificado" não será computado no denominador.

83. O indicador 1.9 – Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos mede a mesma coisa que o indicador 2.2 – Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos?

Resposta: Não. São indicadores diferentes. O indicador 1.9- Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos pretende induzir mais consultas com os generalistas que com os especialistas, para os idosos, objetivando o cuidado integral do idoso. As Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) propõem a realização de 4 consultas por usuário com 60 anos ou mais de idade por ano, o equivalente a 3 consultas de clínica médica e 1 consulta especializada.

Já o indicador 2.2— Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos objetiva o acesso dos beneficiários idosos à consulta com seu médico generalista de referência, tendo como meta a realização de 2 consultas por ano.

84. Qual a definição de médico generalista?

Resposta: De acordo com o Conselho Federal de Medicina, médico generalista corresponde a médicos cuja prática não é restrita a uma área específica da Medicina. A publicação "Demografia Médica no Brasil" (CFM/CREMESP, 2018), considera médico generalista como aquele sem título de especialista. Neste caso, o médico atua como profissional com formação geral em medicina e o registro no Conselho Regional de Medicina. Nesse contexto, ele tem

capacidade de realizar diagnósticos e indicar cuidados básicos, sem observar uma área específica da medicina.

85. Minha Operadora obteve nota ZERO no indicador 1.9 – Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: Existem vários motivos para que um indicador tenha como resultado final a nota “zero”. A seguir são listados os motivos mais recorrentes.

Motivo 1: Data de corte do Programa de Qualificação de Operadoras -PQO.

É estabelecida uma data de corte para o programa. Assim, caso não tenham sido encaminhados dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte, a Operadora obterá nota igual à zero em todos os indicadores que têm TISS como fonte de dados.

Os dados enviados para TISS podem e devem ser corrigidos/atualizados a qualquer tempo. No entanto, para fins de avaliação de desempenho das operadoras no IDSS referente ao ano de 2019, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida.

Motivo 2: O resultado obtido refere-se a uma pontuação equivalente a um resultado igual zero.

No caso de a razão obtida pela operadora ser menor ou igual a 1 generalista para 15 especialistas ($1:15 = 0,06$), a pontuação para o indicador é zero.

Motivo 3: Inconsistências nos dados, arquivos ou sistemas necessários para o cálculo do indicador.

Conforme estabelecido na alínea (b) e no §3º do art. 4º da IN DIDES nº 60 de 09/10/2015, a Operadora receberá zero no respectivo indicador quando os dados necessários para o seu cálculo apresentarem inconsistências.

Consideram-se inconsistências: a discrepância por terem valores atípicos e a divergência, incoerência ou insuficiência de arquivos ou sistemas informados à ANS.

Ademais, será aplicada pontuação zero às operadoras que: I - não enviarem dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte do programa; II - apresentarem o índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado de acordo com a Ficha Técnica desse Indicador (indicador 4.3), conforme determina o § 2º-B da IN DIDES nº 60 de 09/10/2015, alterada pela IN DIDES nº 68 de 11/05/2017; III – a operadora informou nas guias TISS mais de 20% de CNS inválidos ou inexistentes no Sistema de Informações de Beneficiários – SIB; IV – A Operadora informou no TISS arquivo sem movimento para todas as competências do ano-base, porém informou eventos ocorridos no SIP- Sistema de Informações de Produtos;

86. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 1.9 – Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	2	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente
A OPS não teve lançamento incorporado ao banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente
OPS possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não é autogestão por RH	6	Inconsistente
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	7	Não se aplica
OPS MH possui média de beneficiários = zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou tipo de guia = 1 ou 2 (Consulta e SP/SADT não vinculado à internação)	8	Não se aplica
OPS exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	9	Não se aplica
OPS possui no ano-base média de beneficiários com 60 anos ou mais igual a zero na segmentação ambulatorial no SIB e Não informou no TISS nenhuma consulta ambulatorial com generalista em beneficiários de 60 anos ou mais e Não informou no TISS nenhuma consulta ambulatorial com especialista em beneficiários de 60 anos ou mais, incluindo CBO não identificado	10	Não se aplica
OPS possui no ano-base média de beneficiários com 60 anos ou mais > zero na segmentação ambulatorial no SIB e informou no TISS consulta ambulatorial com generalista em beneficiários de 60 anos ou mais e Não informou no TISS nenhuma consulta ambulatorial com especialista em beneficiários de 60 anos ou mais, inclusive com CBO não identificado	11	Não se aplica
(Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de beneficiários em planos que contêm a segmentação ambulatorial maior que zero) ou informou atendimentos em tipo de guia = 1, 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	12	Inconsistente

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS possui média de beneficiários > zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	13	Inconsistente
Operadora possui no ano-base média de beneficiários com 60 anos ou mais > zero na segmentação ambulatorial no SIB; e Não informou no TISS nenhuma consulta ambulatorial com generalista em benef de 60 anos ou mais; e Não informou no TISS nenhuma consulta ambulatorial com especialista em benef de 60 anos ou mais, inclusive com CBO não identificado	14	Inconsistente
OPS possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	15	Inconsistente
OPS possui nas guias TISS do ano-base 20% ou mais de CNS inexistentes no SIB	16	Inconsistente

1.10 Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças – Pontuação Base

87. No IDSS, minha Operadora não obteve a pontuação base de 0,10 prevista no IDQS – Índice de Desempenho da Dimensão Qualidade na Atenção à Saúde, mesmo tendo Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. Qual pode ter sido o motivo?

Motivo 1: A operadora só possui programas inscritos que não passaram pela aprovação da ANS. Somente programas aprovados têm direito à bonificação.

Motivo 2: A operadora não enviou o formulário de monitoramento devido ou enviou e o mesmo não foi aprovado, ocasionando o descadastramento do programa.

88. Para o indicador de PROMOPREV, como será representada na escala de cores, de 0 a 1, a pontuação correspondente ao resultado obtido pela operadora no indicador?

Resposta: Será adotado o seguinte critério para a escala de cores que representa o resultado do indicador:

Resultado do Indicador	Nota na escala de cores do IDSS
0,10 pontos no IDQS	1,0000
Operadora não tem programa aprovado	Operadora não pontuada

A escala de cores é apenas ilustrativa. O cálculo do bônus incidirá de acordo com o resultado obtido no indicador, diretamente na nota da dimensão IDQS.

89. Os Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças que incluíam a área de atenção ao idoso não recebem pontuação diferenciada?

Resposta: Não. Desde o ano-base 2018, no indicador 1.10 Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças não é feita diferenciação entre os Programas. As operadoras que tiverem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças devidamente cadastrados e aprovados junto à ANS receberão pontuação base de 0,10 pontos do IDQS.

90. Para ser elegível a pontuar no indicador 1.10 Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças é suficiente que a operadora possua Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças cadastrado junto à ANS na data do processamento do IDSS?

Resposta: Não. Para o indicador 1.10 Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças serão considerados os programas com formulário de cadastramento (FC) devidamente preenchido e com data de conclusão do cadastro até 31 de dezembro do ano-base avaliado, além do Formulário de Monitoramento (FM) anual preenchido, quando devido. Os programas (FC ou FM) deverão estar aprovados pela ANS até a data de corte do IDSS.

91. Deve haver necessariamente cadastro de novo programa no ano base de avaliação do IDSS para efeito de aquisição da pontuação bônus?

Resposta: Não é necessário o cadastro de novo programa a cada ano para aquisição do bônus no IDSS, bastando que se cumpra a exigência anual do preenchimento dos formulários de monitoramento do programa outrora aprovado. O mesmo se aplica para os programas cadastrados e que tenham prazo indeterminado.

1.11 Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS

92. Para o indicador 1.11 Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS, como será representada na escala de cores, de 0 a 1, a pontuação correspondente à participação em projetos de indução e à certificação em APS?

Resposta: Cabe ressaltar que foram descontinuados os projetos Idoso Bem Cuidado e Oncorede. Assim, para o ano-base 2019, são elegíveis à pontuação as operadoras que cumprirem os requisitos estabelecidos para os projetos Parto Adequado e projeto-piloto em APS e certificação em APS.

Será adotado o seguinte critério para a escala de cores que representa o resultado do indicador:

Resultado do Indicador	Nota equivalente na escala de cores do IDSS
Certificação em APS Nível I: 0,30 no IDQS	1,0000
Certificação em APS Nível II: 0,23 no IDQS	0,7666
Certificação em APS Nível III: 0,15 no IDQS	0,5000
Participação nos demais Projetos de Indução: 0,10 no IDQS (Parto Adequado e Projeto-Piloto em APS)	0,3333
Operadora não participante dos Projetos de Indução	Operadora não pontuada

A escala de cores é apenas ilustrativa. O cálculo da pontuação base incidirá de acordo com o resultado obtido no indicador, diretamente no IDQS.

O resultado final do IDQS acrescido da pontuação base não poderá ultrapassar o valor 1 (um). A pontuação base é limitada a 0,10 e não é cumulativa, independentemente do número de projetos de indução da qualidade ao qual a operadora participe.

Caso a operadora também seja certificada em APS, a pontuação base máxima será de até 0,30.

93. No IDSS, minha operadora não ganhou a pontuação base 0,10 no indicador 1.11, referente à Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS. Quais podem ser os motivos?

Motivo: Não ter assinado o Termo de Compromisso/Termo de Acompanhamento, ou não ter enviado à ANS proposta de projeto, ou ainda não ter realizado as atividades previstas no Termo de Compromisso/Termo de Acompanhamento, em um dos Projetos: (1) Parto Adequado e (2) Projeto Piloto em Atenção Primária em Saúde – APS. Outro motivo para não ter recebido a pontuação base consiste na não obtenção da Certificação em Atenção Primária à Saúde – APS, junto a uma Entidade Acreditadora em Saúde, que garantiria uma pontuação base maior ainda - 0,30 para o Nível I; 0,23 para o Nível II; 0,15 para o Nível III.

Para obter a pontuação, a Operadora deverá:

(1) Em relação ao Projeto Parto Adequado:

- Assinar o Termo de Compromisso como operadora apoiadora do Projeto Parto Adequado;
- Enviar proposta com compromissos a serem desenvolvidos em relação ao projeto;
- Realizar as atividades previstas no Termo de Compromisso; e
- Apresentar redução da proporção de parto cesáreo em relação ao ano-base anterior maior do que 5% ou proporção de parto cesáreo menor ou igual a 45% no ano-base.

(2) Em relação ao Projeto-piloto em APS:

- Enviar o Projeto-Piloto a ser implementado, contemplando o escopo da metodologia do Projeto e os indicadores de monitoramento da qualidade;
- Assinar o Termo de Acompanhamento de Inovações em Qualidade na área de APS; e
- Realizar as atividades previstas no Termo de Acompanhamento.

Por outro lado, para obter a pontuação referente à **Certificação em Atenção Primária à Saúde – APS**, a operadora deverá ter:

- Deverá ter obtido a homologação pela ANS da Certificação ou Recertificação em APS, até o último dia útil do ano-base analisado. A Certificação deve ser emitida por uma Entidade Acreditadora em Saúde reconhecida pela ANS.

Observação: Houve mudanças em relação ao ano-base de 2018: o Projeto Idoso Bem Cuidado foi descontinuado e incorporado à Certificação em APS e o Projeto OncoRede está em fase de

reestruturação para tornar-se uma Certificação em Oncologia. Dessa forma, estes dois projetos não serão considerados no indicador 1.11 do IDSS 2020 ano-base 2019.

94. No IDSS, como fica o bônus do indicador 1.11, referente à Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS (Parto Adequado e Projeto-Piloto em APS) caso a minha operadora tenha mais de um Projeto de Indução da Qualidade?

Resposta: A pontuação base é limitada a 0,10 e não é cumulativa, independentemente do número de projetos de indução da qualidade ao qual a operadora participe.

95. Minha Operadora participa do Projeto Parto Adequado, mas não obteve a pontuação base referente ao indicador 1.11 Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS. Qual pode ser o motivo?

Resposta: A partir do ano-base 2019, para obter a pontuação referente à participação no Projeto Parto Adequado, a operadora deverá apresentar redução da proporção de parto cesáreo em relação ao ano-base anterior maior do que 5% ou proporção de parto cesáreo menor ou igual a 45% no ano-base.

96. No indicador 1.11, como a operadora pode obter a pontuação referente à Certificação em APS?

Resposta: Para obter a certificação em APS, a operadora deve ter obtido a homologação pela ANS da Certificação ou recertificação em APS emitida por uma Entidade Acreditadora em Saúde reconhecida pela ANS até o último dia útil do ano-base analisado. A pontuação obtida depende do Nível de Acreditação: 0,30 para o Nível I; 0,23 para o Nível II; 0,15 para o Nível III.

1.12 Participação no Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor

97. No que consiste o Projeto Modelos de Remuneração Baseados em valor?

Resposta: Este projeto é uma estratégia que busca viabilizar a implementação efetiva de novos modelos de remuneração inovadores, centrados na perspectiva da melhoria da qualidade do cuidado em saúde e da sustentabilidade no âmbito da saúde suplementar, contribuindo para que o setor de saúde suplementar supere os desafios para a implementação de modelos alternativos ao *Fee For Service*. A iniciativa buscou identificar e selecionar as experiências apresentadas pelas operadoras de planos de saúde, em conjunto com seus prestadores de serviços de saúde, que já trabalhem ou que estejam implementando modelos de remuneração inovadores e baseados em valor, para que possam ser acompanhadas ao longo do seu desenvolvimento. Para isso foi publicado em agosto de 2019, no site da ANS, o edital de participação.

98. Minha operadora não ganhou a pontuação no indicador 1.12. Participação no Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor. Quais podem ser os motivos?

Motivo 1: Não ter enviado projeto-piloto para inscrição no Projeto Modelos de Remuneração Baseados em Valor, por meio do edital

http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/projeto-modelos-remuneracao/modelos-remuneracao-edital.pdf

Motivo 2: Ter enviado o Projeto-piloto, mas não ter sido aprovado, por não ter alcançado a pontuação mínima para fins de aprovação do Projeto e pontuação no IDSS ano-base 2019. De acordo com o estabelecido no edital, a pontuação mínima para fins de aprovação do Projeto e pontuação da Operadora no IDSS ano-base 2019, foi de 8 pontos, sendo que alguns critérios foram considerados obrigatórios, sendo eles:

1. Justificar a escolha do modelo de pagamento adequado ao contexto clínico escolhido (atenção primária em saúde, atenção hospitalar, etc.);
2. Descrever quais protocolos e diretrizes clínicas, baseados em evidências, serão utilizados; e
3. Descrever como serão realizados o monitoramento e a avaliação dos resultados em saúde, incluindo os indicadores a serem utilizados e sua periodicidade.

99. Quais os motivos para os projetos de Modelos de Remuneração Baseados em Valor apresentados não terem sido aprovados?

Resposta: Os Projetos apresentados que não foram aprovados, apresentaram uma ou mais das situações descritas abaixo:

- Impossibilidade de identificação de indicadores que se relacionem à melhoria da qualidade da assistência prestada ao beneficiário e não somente às questões administrativas e de redução de custos; e/ou
- Não cumprimento de um ou mais dos critérios obrigatórios para aprovação, conforme o previsto no edital; e/ou
- Não encaminhamento de documentos que comprovem a concordância, por parte dos prestadores de serviços envolvidos, com os termos do Projeto apresentado pelas Operadoras.

100. Minha Operadora não pôde participar do Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor no ano de 2019, haverá outra oportunidade para participação?

Resposta: No segundo semestre de 2020 há a previsão de abertura de novo período de inscrições. Nesta ocasião as Operadoras poderão encaminhar novos Projetos ou submeter novamente os Projetos já encaminhados, com as devidas adequações, para que sejam avaliados para aprovação e consequente pontuação no IDSS - ano base 2020.

Com esta iniciativa, espera-se que cada vez mais, as Operadoras desenvolvam Projetos voltados à melhoria da qualidade, tendo como princípio, a saúde baseada em valor.

101. Onde podem ser encontradas mais informações sobre o Projeto Modelos de Remuneração Baseados em Valor?

Resposta: As informações acerca do Projeto Modelos de Remuneração Baseados em Valor podem ser encontradas no portal da ANS, em:

2 – Indicadores da Dimensão Garantia de Acesso – IDGA

2.1 – Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário

102. Qual o objetivo do indicador 2.1 – Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário?

Resposta: O indicador 2.1 – Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário visa calcular o número médio de sessões de hemodiálise crônica realizadas por beneficiário de planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado.

103. Na ficha técnica do indicador 2.1 – Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário é informado que o indicador não se aplica a operadoras com menos de 2 mil beneficiários. Minha Operadora possui mais de 2 mil beneficiários, mas não apresenta nenhum beneficiário necessitando de sessões de hemodiálise e nenhuma utilização no SUS para hemodiálise. Mesmo assim esse indicador será calculado?

Resposta: As operadoras de pequeno porte (menos de 20 mil beneficiários) que não informarem sessões de hemodiálise nas Guias TISS e apresentarem Taxa de Utilização de hemodiálise no SUS igual a zero no ano-base avaliado não terão esse indicador calculado. O indicador também não será calculado para as operadoras que só possuem beneficiários em planos antigos, já que para esses planos a cobertura para hemodiálise não é regulamentada pela ANS.

104. No IDSS, como será realizado o cálculo do indicador 2.1, referente à Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário?

Resposta: Este indicador é calculado em duas etapas. O resultado, indicado no quadro de pontuação, é calculado, primeiramente, a partir do resultado obtido entre a divisão da “quantidade de sessões de hemodiálise crônicas identificadas nas Guias TISS”, informada no campo “QUANTIDADE INFORMADA DE PROCEDIMENTOS OU ITENS ASSISTENCIAIS” de cada guia, pela “média de beneficiários da OPS em planos que incluem a segmentação ambulatorial em 2019”.

Operadoras com resultado maior ou igual a 0,062 seriam pontuadas com a nota máxima do indicador. Entretanto, há uma “penalidade” na pontuação para operadoras que atingem o resultado esperado via TISS, porém, apresentam alta utilização de hemodíalises no SUS. Nesta situação, a operadora receberia pontuação 0,9, ao invés da nota máxima do indicador.

Para calcular a Taxa de Utilização do SUS (TaxaH_Op), são necessárias várias etapas, já que este dado é oriundo das bases de dados do Ressarcimento ao SUS, para eventos de hemodiálise. É considerada uma alta utilização de hemodíalises no SUS valores maiores ou iguais a 0,006663.

105. No IDSS, no indicador 2.1, referente à Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário, como será apurado o numerador da Taxa de Utilização de Hemodiálise no SUS (numerador da fórmula: $TaxaH_Op = NUH/Benef$)?

Resposta: Serão considerados os atendimentos dos ABIs que representam as competências lançadas no ano de 2019, ou seja, os eventos notificados nos ABIs 74º, 75º, 76º, 77º, 78º e 79º.

Os códigos dos procedimentos de hemodiálise das APACS da Tabela de Procedimentos do SUS no SIGTAP- Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Grupo: Procedimentos Clínicos; Subgrupo: Tratamentos em Nefrologia; Forma de Organização: Tratamento Dialítico) são:

- ⇒ 0305010107 (Hemodiálise II – máximo de 3 sessões por semana);
- ⇒ 0305010115 (Hemodiálise em paciente com sorologia positiva para HIV e/ou hepatite B e/ou hepatite C (máximo 3 sessões por semana); e
- ⇒ 0305010204 (Hemodiálise Pediátrica - máximo 04 sessões por semana).

106. No IDSS, no indicador 2.1, referente à Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário, por qual razão é necessário fazer o tratamento considerando a estimativa baseada no histórico de ressarcimento (ajuste da quantidade total de atendimentos de hemodiálise identificados em 2019 - numerador da fórmula: $TaxaH_Op = NUH/Benef$)?

Resposta: Em geral, considerando que as operadoras realizam impugnações e recursos dos atendimentos identificados e, conseqüentemente, uma parte dos atendimentos é deferida pela ANS após análise em 1ª ou 2ª instância, não seria correto considerar estes atendimentos em sua integralidade. Com isso, torna-se necessário realizar o ajuste do numerador da fórmula $TaxaH_Op = NUH/Benef$.

107. No indicador 2.1 do IDSS, referente à Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário, a estimativa de indeferimento das operadoras (ajuste do numerador -NUH- da fórmula: $TaxaH_Op = NUH/Benef$) será aplicada sobre a quantidade total de atendimentos identificados ao longo do ano de 2019?

Resposta: Não. O Índice de Indeferimento geral será aplicado apenas para os atendimentos impugnados pelas operadoras, independentemente do status de análise dos mesmos. Sendo assim, o numerador (NUH) será calculado através da soma de dois componentes (Atendimentos Não Impugnados + Attendimentos impugnados ajustados conforme taxa de indeferimento), sendo ambos referentes aos atendimentos de hemodiálise identificados dos ABIs incluídos no cálculo.

108. No indicador 2.1 do IDSS, referente à Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário, como será calculada a estimativa de indeferimento das operadoras, aplicada ao número de eventos de utilização de hemodiálise (Taxa de Indeferimento Geral – NUH)?

Resposta: Como se espera que parte dos eventos avisados em 2019 sejam indeferidos quando analisados, será realizada uma estimativa a partir da série histórica dos três anos mais recentes disponíveis da taxa de indeferimento por operadora. A utilização de três anos é estatisticamente suficiente para a identificação de um padrão de comportamento da operadora necessária para o cálculo da estimativa.

A cada novo ano-base será calculada nova estimativa de indeferimentos por operadora considerando os anos mais recentes, desse modo contemplando a eventual mudança de padrão da operadora.

A estimativa dos indeferimentos é realizada utilizando-se a média aritmética dos percentuais de indeferimentos dos três anos anteriores ao ano-base. Sendo assim, para o ano-base de 2019, a estimativa de indeferimentos irá considerar as taxas de indeferimento dos ABIs lançados nos anos de 2016 (ABI 56º ao ABI 58º), 2017 (ABI 59º, 61º, 63º e 65º) e 2018 (ABI 67, 69, 71 e 73), conforme apresentado na Ficha Técnica do indicador.

109. No indicador 2.1 do IDSS, referente à Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário, como será calculada a média de beneficiários das operadoras (denominador da fórmula – Benef)?

Resposta: Como a pontuação do indicador é composta por dois fatores, um que utiliza as sessões de hemodiálise identificadas no Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS, e outro que identifica as sessões de hemodiálise identificadas no ressarcimento ao SUS, o denominador Benef é calculado de forma distinta para cada fator:

- 1) Para o cálculo do denominador do indicador, o cálculo da Média de Beneficiários em planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado (Benef) será utilizada a média dos beneficiários por operadora no ano-base 2019 (SIB).
- 2) Para o cálculo do denominador da fórmula $TaxaH_Op = NUH/Benef$, será utilizado o ano de competência dos ABIs lançados em 2019, considerando-se apenas os ABIs referentes aos últimos períodos de competências sucessivas (representando um ano de identificação). Portanto, para 2019 serão considerados os ABIs 74, 75, 76, 77, 78 e 79. Com isso, no denominador da fórmula (Benef) será calculada a média dos beneficiários por operadora nas competências de 04/2017 a 03/2018 (SIB).

110. Os beneficiários de plano odontológico também serão considerados no indicador 2.1 do IDSS, referente à Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário?

Resposta: Não. Apenas os beneficiários vinculados a planos de segmentação ambulatorial serão considerados no cálculo; o indicador se aplica somente a operadoras que comercializam planos médico-hospitalares.

111. Minha Operadora não teve calculado o indicador 2.1 do IDSS, referente à taxa de sessões de hemodiálise crônica por beneficiário calculado. Qual pode ter sido a razão?

Motivo: Critério técnico estabelecido na ficha técnica do indicador

Conforme definido na ficha técnica do indicador, este não será calculado para as Operadoras com menos de 2mil beneficiários.

112. Para o indicador 2.1 do IDSS, referente à Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário, a ANS irá divulgar o fator de ajuste (FA_{2019}) que será aplicado sobre a quantidade total de atendimentos gerais lançados no ano de 2019 e que foram impugnados pelas operadoras?

Resposta: Este fator (FA₂₀₁₉) é o mesmo utilizado para o indicador 4.2 – Taxa de Utilização do SUS, poderá ser divulgado no portal da ANS quando da disponibilização da prévia dos resultados para as operadoras durante a fase de questionamento.

113. O indicador 2.1 do IDSS – Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário pode sofrer algum tipo de padronização dos resultados?

Resposta: Sim. Ao resultado do indicador podem ser aplicadas as técnicas de padronização direta por faixa etária, além da metodologia de Bayes Empírico para ajuste de pequenas populações.

A padronização direta por faixa etária tem por objetivo eliminar a influência causada no resultado do indicador pela composição quantitativa diferenciada das faixas etárias da população de beneficiários de cada operadora.

O Método Bayes Empírico consiste em ajustar a taxa de um evento, encontrada em cada operadora, pela taxa média de todas as operadoras para aquele evento em questão, considerando o número de beneficiários de cada operadora e a dispersão dos valores das taxas entre as operadoras.

Somente após o cálculo do resultado padronizado do indicador é que a pontuação do indicador é calculada.

114. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 2.1 do IDSS – Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica
OPS comercializa apenas planos antigos, não regulamentados pela ANS	2	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	3	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	4	Inconsistente
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	5	Inconsistente

Crítica	Prioridade	Cálculo
A OPS não teve lançamento incorporado ao banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	6	Inconsistente
OPS possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não é autogestão por RH	7	Inconsistente
OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	8	Inconsistente
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	9	Não se aplica
OPS MH possui média de beneficiários = zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou tipo de guia = 1 ou 2 (Consulta e SP/SADT não vinculado à internação)	10	Não se aplica
OPS exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	11	Não se aplica
OPS possui no ano-base média de beneficiários menor que 2.000 na segmentação ambulatorial no SIB	12	Não se aplica
(Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de beneficiários em planos que contêm a segmentação ambulatorial maior que zero) ou informou atendimentos em tipo de guia = 1, 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	13	Inconsistente
OPS possui média de beneficiários > zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	14	Inconsistente
OPS possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	15	Inconsistente
Resultado do indicador = zero; e; Taxa de Utilização do SUS = zero; e; OPS é de pequeno porte (< 20mil beneficiários)	16	Não se aplica

2.2 – Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idoso

115. Qual o objetivo do indicador 2.2 - Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos?

Resposta: O indicador 2.2 - Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos visa calcular o número médio de consultas ambulatoriais com generalista por beneficiário na faixa de 60 anos ou mais no período considerado.

116. Como é feita a identificação da idade do beneficiário para apuração do indicador 2.2 - Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos?

Resposta: Para cálculo da idade do beneficiário, caso a data de nascimento não esteja preenchida na Guia TISS, esta informação será buscada no SIB, por meio do CNS – Cartão Nacional de Saúde. Portanto, a operadora deverá observar o correto preenchimento do CNS- Cartão Nacional de Saúde tanto na Guia TISS quanto no SIB. As guias que não tiverem identificação do beneficiário pelo CNS serão desconsideradas para apuração do indicador.

117. Minha Operadora obteve nota ZERO no indicador 2.2 do IDSS, referente ao número de consultas médicas ambulatoriais com generalista por idoso. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: Existem vários motivos para que um indicador tenha como resultado final a nota “zero”. A seguir são listados os motivos mais recorrentes.

Motivo 1: Data de corte do Programa de Qualificação de Operadoras -PQO

É estabelecida uma data de corte para o programa. Assim, caso não tenham sido encaminhados dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte, a Operadora obterá nota igual à zero em todos os indicadores que têm o TISS como fonte de dados.

Os dados enviados para TISS podem e devem ser corrigidos/atualizados a qualquer tempo. No entanto, para fins de avaliação de desempenho das operadoras no IDSS referente ao ano de 2019, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida.

Motivo 2: Inconsistências nos dados, arquivos ou sistemas necessários para o cálculo do indicador.

Conforme estabelecido na alínea (b) e no §3º do art. 4º da IN DIDES nº 60 de 09/10/2015, a Operadora receberá zero no respectivo indicador quando os dados necessários para o seu cálculo apresentarem inconsistências.

Consideram-se inconsistências: a discrepância por terem valores atípicos e a divergência, incoerência ou insuficiência de arquivos ou sistemas informados à ANS.

Ademais, será aplicada pontuação zero às operadoras que: I - não enviarem dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte do programa; II - apresentarem o índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado de acordo com a Ficha Técnica desse Indicador (indicador 4.3), conforme determina o § 2º-B da IN DIDES nº 60 de 09/10/2015, alterada pela IN DIDES nº 68 de 11/05/2017.

Motivo 3: Especialidades médicas utilizadas pelos beneficiários resultando em valor menor ou igual a 0,7.

Conforme exposto na Seção “Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações” da ficha técnica do indicador, as Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) propõem a realização de 4 consultas médicas por idoso com 60 anos ou mais de idade por ano, o equivalente a 3 consultas com generalistas e 1 consulta especializada. Para a composição do indicador, a consulta geriátrica foi utilizada junto com a consulta de clínica médica para se estimar as consultas com generalistas para idosos.

Tendo em consideração que o número de consultas médicas com generalistas ainda é pouco expressivo na saúde suplementar, a ANS propôs uma meta de 2 consultas com médico generalista para idosos.

A regra de pontuação do indicador penaliza, com pontuação zero (0), operadoras com resultado do indicador menor ou igual a 0,7.

118. O indicador 2.2 do IDSS, referente à Taxa de consultas médicas ambulatoriais com generalista por idosos pode sofrer algum tipo de padronização dos resultados?

Resposta: Sim. Ao resultado do indicador pode ser aplicada a técnica de padronização direta por sexo, que tem por objetivo eliminar a influência causada no resultado do indicador pela composição quantitativa diferenciada entre o sexo masculino e feminino da população de beneficiários de cada operadora.

Somente após o cálculo do resultado padronizado do indicador é que a pontuação do indicador é calculada.

119. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 2.2 Taxa de consultas médicas ambulatoriais com generalista por idosos?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	2	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente
A OPS não teve lançamento incorporado ao banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente
OPS possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não é autogestão por RH	6	Inconsistente
OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	7	Inconsistente
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	8	Não se aplica
OPS MH possui média de beneficiários = zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou tipo de guia = 1 ou 2 (Consulta e SP/SADT não vinculado à internação)	9	Não se aplica

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	10	Não se aplica
OPS possui no ano-base média de beneficiários com 60 anos ou mais igual a zero na segmentação ambulatorial no SIB e Não informou no TISS nenhuma consulta ambulatorial com generalista em beneficiário de 60 anos ou mais	11	Não se aplica
(Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de beneficiários em planos que contêm a segmentação ambulatorial maior que zero) ou informou atendimentos em tipo de guia = 1, 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	12	Inconsistente
OPS possui média de beneficiários > zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	13	Inconsistente
OPS possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	14	Inconsistente

2.3 – Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência

120. Os dados utilizados pela ANS para o cálculo do Indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência, referem-se a alguma data específica?

Resposta: Sim. Os dados são coletados pela ANS na data de corte do IDSS ano-base 2019 e representam a situação da operadora nesta data. Assim, qualquer alteração executada nos bancos de dados em data posterior à data de corte estabelecida, mesmo que retroativa, não alterarão o resultado encontrado. De forma simplificada, os dados coletados pela ANS representam a “fotografia” das informações fornecidas pela operadora constantes nos bancos de dados na data de corte.

Os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, também são referentes à situação da rede de prestadores da operadora, na data de corte estabelecida pelo programa.

121. Minha Operadora obteve resultado “0” (zero) para o indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência calculado. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: O resultado “0” (zero) é aplicado automaticamente quando a operadora apresenta “dados inconsistentes”, isto é, quando as informações fornecidas pela operadora e registradas nos bancos de dados da ANS não refletem adequadamente a operação dos planos privados de assistência à saúde, seja por sua incongruência, seja por sua ausência. Esse resultado do indicador influencia a nota final da operadora.

Os Dados são considerados inconsistentes nas seguintes situações:

1- Operadora com 100% de planos com registro provisório, OU 100% registro provisório + planos SCPA + cancelados + transferidos
2- Operadora sem área de atuação (exclui operadora com 100% de planos antigos).
3- Operadora sem rede informada no RPS ou SCPA
4- Operadora não possui prestadores de Urgência e Emergência no RPS
5- A operadora não enviou dados do TISS, referentes a um ou mais meses do ano-base analisado
6- A operadora processou corretamente os arquivos, informando que não teve movimento no TISS no período analisado E, ao mesmo tempo, informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base
7- A operadora não teve lançamento incorporado no banco do TISS
8- Operadora possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não pertence ao segmento autogestão por RH
9- Operadoras com rede informada para seus produtos, mas em 100% dos casos, não há registro de CNES, na área de atuação informada no RPS
10- 100% dos prestadores classificados no campo "Natureza Jurídica" como Administração Direta
11- 100% prestadores de serviços de urgência e emergência 24 horas, exclusivos do Sistema Único de Saúde – SUS
12- 100% de "Tipo de Guia 2 - SP/SADT não vinculada à internação" e "Caráter de Atendimento - eletivo" e/ou 100% de Tipo de Guia 3 - Resumo de internação" e "Caráter de Atendimento - eletivo"

122. Minha Operadora não teve calculado o indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência. Qual pode ter sido a razão?

Motivo: Operadora se enquadra em um ou mais critérios de exclusão estabelecido na ficha técnica do indicador. São eles:

- 1) Este indicador não se aplica aos planos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, pois estes não possuem a informação da área de atuação;
- 2) Serão desconsiderados os produtos que operam exclusivamente com livre escolha de prestadores;
- 3) Serão desconsiderados os produtos de segmentação assistencial "Odontológico", exclusivamente;
- 4) As operadoras exclusivamente odontológicas e aquelas que operam exclusivamente pelo sistema de livre escolha, não terão avaliação neste indicador; e
- 5) Na segunda parcela do indicador, referente à "utilização" do método de cálculo, serão desconsiderados como prestadores de urgência e emergência aqueles que apresentem todos os atendimentos com "Tipo de Guia 2 - SP/SADT não vinculado a internação" e "Caráter de Atendimento - eletivo"; e/ou "Tipo de Guia 3 - Resumo de internação", e "Caráter de Atendimento - eletivo"; e "Origem de Guia 4 – Reembolso", desde que haja indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para internação e/ou exames complementares e/ou terapias e/ou atendimento ambulatorial e/ou procedimentos não pertencentes ao Rol Médico-Hospitalar no Sistema de Registro de Produtos.

Neste caso, o resultado do indicador será **"não se aplica"** e não influenciará na nota final da operadora.

123. No indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência, para o cálculo da parte de "dispersão" do indicador será considerado cada produto da operadora separadamente?

Resposta: Não. Serão considerados os municípios dos prestadores de serviços de saúde, que disponibilizam o serviço de urgência e emergência, vinculados à rede assistencial da operadora e não a cada produto separadamente. Desta forma, cada município onde a operadora atua, ou seja, que faz parte da área de atuação de seus produtos, só é contado uma vez.

124. No indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência, todos os produtos existentes no RPS são considerados no cálculo da parte de “dispersão” do Indicador?

Resposta: Não. São considerados os produtos com segmentação assistencial diferente de exclusivamente odontológica, classificados como Ativo e Ativo com comercialização suspensa, ressalvados os planos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que são excluídos, conforme Ficha técnica.

125. No indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência, para a identificação dos municípios da parte de “dispersão” do indicador, serão considerados todos os prestadores de serviços cadastrados no RPS?

Resposta: Não. São considerados para identificação dos municípios os prestadores cadastrados no RPS onde há oferta do serviço pesquisado, que possuem o número do CNES preenchido e válido, desde que estejam localizados na área de atuação dos produtos.

Destacamos que também serão considerados como válidos os prestadores identificados na Tabela de Prestadores Ativos do CNES com o motivo de desativação preenchido, conforme lista abaixo:

MOTIVO DESATIVAÇÃO	DESCRIÇÃO
1	DESATIVADO TEMPORARIAMENTE PELA VIGILANCIA SANITARIA
2	DESATIVADO TEMPORARIAMENTE POR DECISAO JUDICIAL
3	DESATIVADO TEMPORARIAMENTE POR REFORMA
6	DESATIVADO PELO GESTOR POR DESATUALIZACAO CADASTRAL POR PERIODO SUPERIOR A 1 ANO
8	DESATIVADO AUTOMATICAMENTE POR NAO ATUALIZACAO CADASTRAL SUPERIOR A 6 MESES
9	ESTABELECIMENTO COM INCONSISTENCIAS NO SCNES DA SES/SMS
14	DESATIVADO PELO GESTOR POR INCONSISTENCIA DE DADOS NA TRANSMISSAO DIRETA

126. No indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência, para a identificação dos municípios da parte de “dispersão” do indicador, serão considerados todos os prestadores de serviços cadastrados no CNES que apresentem disponibilidade do serviço pesquisado?

Resposta: Não. Serão excluídos do cálculo os prestadores classificados como da Administração Direta, conforme descrito na Ficha Técnica dos indicadores e aqueles que prestem serviço exclusivamente SUS.

127. Para fins de cálculo do IDSS, como identifico no CNES os prestadores que devem ser excluídos do cálculo da parte de “dispersão” do Indicador 2.3, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência, por serem da Administração Direta?

Resposta: A operadora deve verificar os estabelecimentos classificados no campo “Natureza Jurídica”, conforme tabela abaixo:

1000	Administração pública
1015	Órgão Público do Poder Executivo Federal
1023	Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Órgão Público do Poder Executivo Municipal
1040	Órgão Público do Poder Legislativo Federal
1058	Órgão Público do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Órgão Público do Poder Legislativo Municipal
1074	Órgão Público do Poder Judiciário Federal
1082	Órgão Público do Poder Judiciário Estadual
1201	Fundo público
1210	Consortório Público de Direito Público (Associação Pública)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Município
5029	Representação Diplomática Estrangeira
5037	Outras Instituições Extraterritoriais

128. No IDSS, como é calculada a parte de “dispersão” do Indicador 2.3, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência?

Resposta: A parte de “dispersão” corresponde a 50% do valor do indicador.

A fórmula da parte de dispersão desse indicador é: Nº de municípios com disponibilidade de serviços de Urgência e Emergência / Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial x 100.

São considerados “Municípios com Disponibilidade de Serviços de Urgência e Emergência” a quantidade de municípios indicados na área de atuação dos produtos com serviços de urgência e emergência informados na rede assistencial da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS. Para os produtos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF.

No cálculo do denominador serão considerados apenas os municípios que apresentam disponibilidade de serviços de urgência e emergência não exclusivos do Sistema Único de Saúde - SUS, segundo a informação contida no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS.

Convém ressaltar que, conforme disposto nas fichas técnicas, os municípios que não possuem disponibilidade dos serviços pesquisados, segundo o CNES, são excluídos do denominador.

129. No IDSS, o indicador 2.3, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência, por que a ANS não considera no cálculo da parte de “dispersão” do indicador a concentração de beneficiários?

Resposta: Porque a ANS entende que a dispersão de rede assistencial deve ter correlação com a área onde a operadora assume a obrigação contratual de cobertura assistencial, não apenas onde a operadora concentra seus beneficiários.

130. Com relação ao IDSS, a ANS disponibiliza as informações extraídas do CNES para o cálculo do Indicador 2.3, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência?

Resposta: A planilha com os dados de serviços por município, segundo o CNES, encontra-se disponível para consulta na área específica do Programa de Qualificação, logo após a operadora entrar com seu login e senha. Esta planilha foi elaborada respeitando os critérios dispostos nas fichas técnicas dos indicadores.

131. A atualização da Região de Atuação do DIOPS tem impacto no cálculo do Indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência?

Resposta: Não. O Indicador de Acesso a Urgência e Emergência considera em seu cálculo a informação relativa à Área de Atuação do plano de saúde registrado pela operadora junto a ANS. Esta informação está descrita no Anexo II da RN nº 85, de 2004, no item 5, como segue:

"5. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO

5.1 A Operadora deverá indicar os municípios ou estados de cobertura assistencial do Plano, de acordo com a ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA adotada acima, à exceção da nacional."

Portanto, a atualização da informação da Região de Atuação existente no DIOPS alterará a Área de Atuação no RPS.

Ressalte-se, conforme artigo 22 também da RN nº 85, que só é possível alterar as características Nome Comercial e a Rede Hospitalar do Plano. Portanto, a operadora não poderá alterar a Área de Atuação dos planos.

132. Quais bases são consideradas no cálculo dos indicadores do Indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência?

Resposta: São consideradas a base do Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS, a do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS, na data de corte estabelecida para o Programa.

133. Como verifico a disponibilidade do serviço pesquisado no indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência, a partir da informação do CNES?

Resposta: Consulte o item Disponibilidade de Serviços de Urgência e Emergência na Ficha Técnica do indicador. A ANS também disponibiliza em seu site planilha com os dados de serviços por município, segundo o CNES. Está disponível para consulta na área específica do Programa de Qualificação, logo após a operadora entrar com seu login e senha.

134. No indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência, como é calculada a parte de “utilização” dos Indicadores de Acesso à Urgência e Emergência?

Resposta: A parte de “utilização” corresponde a 50% do valor do indicador.

A fórmula da parte de “utilização” desse indicador é: Nº de estabelecimentos de urgência/emergência cadastrados na rede assistencial dos planos e utilizados pelos beneficiários da operadora/ Nº de estabelecimentos de urgência/emergência utilizados pelos beneficiários da operadora.

São considerados “Estabelecimentos de urgência/emergência cadastrados na rede assistencial dos planos e utilizados pelos beneficiários da operadora” os prestadores classificados como de urgência/emergência, segundo os mesmos critérios adotados pela parte de “dispersão” quanto ao CNES, localizados na área de atuação dos produtos conforme Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS e efetivamente utilizados pelos beneficiários, conforme o Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar - TISS. Portanto, é necessário atender a essas duas condições ao mesmo tempo.

São considerados “Estabelecimentos de urgência/emergência utilizados pelos beneficiários da operadora” os Prestadores identificados como de urgência/emergência, segundo os mesmos critérios adotados pela parte de “dispersão” quanto ao CNES, localizados na área de atuação dos produtos conforme Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS, informados no TISS em decorrência da sua utilização pelos beneficiários da operadora. São considerados os prestadores informados na guia do TISS que também atendem os critérios do CNES, considerando-se a informação do município, que consta do CNES, e não aquela informada no TISS.

No cálculo desse denominador serão considerados, inclusive, estabelecimentos que não estejam vinculados à rede assistencial da própria operadora, em atendimento às disposições da RN 259/2011.

135. Com relação ao IDSS, como identificar no Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS os estabelecimentos de urgência e emergência que serão considerados no cálculo do indicador 2.3 referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência?

Resposta: Serão considerados como prestadores de urgência/emergência aqueles que apresentem atendimentos com “Tipo de Guia 2 - SP/SADT não vinculado a internação” e “Caráter de Atendimento - urgência/emergência” ou “Tipo de Guia 3 - Resumo de internação” e “Caráter de Atendimento - urgência/emergência” e que atendam aos critérios descritos na ficha quanto à caracterização do estabelecimento no CNES.

Além disso, os prestadores envolvidos em atendimentos com “Origem de Guia 4 – Reembolso”, “Tipo de Guia 2 - SP/SADT não vinculado a internação” e “Caráter de Atendimento - urgência/emergência”, serão considerados quando não houver indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para exames complementares e/ou terapias e/ou atendimento ambulatorial e/ou procedimentos não pertencentes ao Rol Médico-Hospitalar no plano no Sistema de Registro de Produtos - RPS.

Serão considerados, também, os prestadores envolvidos em atendimentos com “Origem de Guia 4 – Reembolso”, “Tipo de Guia 3 - Resumo de internação” e “Caráter de Atendimento - urgência/emergência”, quando não houver indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para internação no plano no Sistema de Registro de Produtos - RPS.

Considera-se a informação do município que consta do CNES e não aquele informado no TISS.

136. No indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência, como será verificado no Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS se o prestador está na rede assistencial da operadora no RPS?

Resposta: O batimento das informações levará em consideração o número do CNPJ do prestador.

137. No indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência, na parte de utilização, quais prestadores são elegíveis, considerando o intervalo de corte para o cálculo do indicador?

Resposta: Serão consideradas as informações de todos os prestadores de serviços de urgência e emergência que compuseram a rede assistencial da operadora utilizada e/ou cadastrada no período de 12 meses do ano base e que atendam aos critérios descritos na ficha quanto à caracterização do estabelecimento no CNES.

138. A atualização das informações do SIP tem impacto no cálculo do Indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência?

Resposta: Não. O Indicador de Acesso a Urgência e Emergência não considera em seu cálculo as informações relativas à produção de assistência.

139. Considerando que o indicador 2.3 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência, é combinado (dispersão x utilização), caso não seja possível calcular uma das partes ainda assim poderá ser obtido resultado da outra parte?

Resposta: Não. Apesar de matematicamente não haver óbice, optou-se pela apuração do resultado do indicador apenas quando o cálculo da fórmula for realizado na íntegra.

140. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 2.3 Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica
OPS com 100% dos planos cancelados OU 100 % transferidos OU 100% SCPA OU 100% cancelados + transferidos + SCPA	2	Não se aplica
OPS com 100% de planos com registro provisório OU 100% registro provisório + planos SCPA + cancelados + transferidos	3	Inconsistente
Operadora sem área de atuação (exclui operadora com 100% de planos antigos).	4	Inconsistente
OPS com 100% de planos (RPS) que operadora com livre escolha.	5	Não se aplica
OPS sem rede informada no RPS	6	Inconsistente
OPS não possui prestadores de Urgência e Emergência no RPS	7	Inconsistente
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	8	Inconsistente
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	9	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	10	Inconsistente
A OPS não teve lançamento incorporado ao banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	11	Inconsistente
OPS possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não é autogestão por RH	12	Inconsistente
OPS com rede informada, mas 100% sem CNES na área de atuação informada no RPS	13	Inconsistente
100% prestadores classificados no campo "Natureza Jurídica" como Administração Direta	14	Inconsistente
100% prestadores serviços de urgência e emergência 24 horas exclusivos do Sistema Único de Saúde - SUS	15	Inconsistente
100% de "Tipo de Guia 2 - SP/SADT não vinculado a internação" e "Caráter de Atendimento - eletivo" e/ou 100% de Tipo de Guia 3 - Resumo de internação" e "Caráter de Atendimento - eletivo"	16	Inconsistente
100% de "Tipo de Guia 2 - SP/SADT não vinculado a internação" e "Caráter de Atendimento - urgência/emergência" E Origem de Guia 4 - Reembolso - Contratual e/ou "Tipo de Guia 3 - Resumo de internação" e "Caráter de Atendimento - urgência/emergência" E Origem de Guia 4 - Reembolso - Contratual	17	Não se aplica
OPS com denominador zero para o indicador ou que não teve o indicador calculado por outros motivos	18	Não se aplica

2.4– Taxa de Primeira Consulta ao Dentista por Beneficiário por Ano

141. Qual o objetivo do indicador 2.4 - Taxa de Primeira Consulta ao Dentista no ano por Beneficiário?

Resposta: O indicador 2.4 - Taxa de Primeira Consulta ao Dentista no ano por Beneficiário visa calcular o número médio de primeiras consultas odontológicas por beneficiário da operadora no período considerado, indicando o acesso ao tratamento odontológico. O ideal é que cada beneficiário com 2 anos ou mais de idade faça uma consulta anual com dentista.

142. Minha Operadora obteve nota ZERO no indicador de 2.4 do IDSS, referente à Taxa de Primeira Consulta ao Dentista no ano por Beneficiário. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: Existem vários motivos para que um indicador tenha como resultado final a nota “zero”. A seguir são listados os motivos mais recorrentes.

Motivo 1: Data de corte do Programa de Qualificação de Operadoras -PQO

É estabelecida uma data de corte para o programa. Assim, caso não tenham sido encaminhados dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte, a Operadora obterá nota igual à zero em todos os indicadores que têm o TISS como fonte de dados.

Os dados enviados para TISS podem e devem ser corrigidos/atualizados a qualquer tempo. No entanto, para fins de avaliação de desempenho das operadoras no IDSS referente ao ano de 2019, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida.

Motivo 2: Inconsistências nos dados, arquivos ou sistemas necessários para o cálculo do indicador. Conforme estabelecido na alínea (b) e no §3º do art. 4º da Instrução Normativa DIDES nº 60 de 09/10/2015, a Operadora receberá zero no respectivo indicador quando os dados necessários para o seu cálculo apresentarem inconsistências.

Consideram-se inconsistências: a discrepância por terem valores atípicos e a divergência, incoerência ou insuficiência de arquivos ou sistemas informados à ANS.

Ademais, será aplicada pontuação zero às operadoras que: I - não enviarem dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado até a data de corte do programa; II - apresentarem o índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado de acordo com a Ficha Técnica desse Indicador (indicador 4.3), conforme determina o § 2º-B da IN DIDES nº 60 de 09/10/2015, alterada pela IN DIDES nº 68 de 11/05/2017.

143. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 2.4 Taxa de Primeira Consulta ao Dentista no ano por Beneficiário?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS não possui beneficiários odontológicos nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	2	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E Informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente
A OPS não teve lançamento incorporado ao banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente
OPS possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não é autogestão por RH	6	Inconsistente
OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	7	Inconsistente
OPS MH que possui média de beneficiários na segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e não informou tipo de guia = 4 (Guia de Tratamento Odontológico GTO)	8	Não se aplica
OPS possui no ano-base média de beneficiários com 2 anos ou mais de idade igual a zero na segmentação odontológica no SIB e Não informou no TISS nenhuma consulta ao dentista em beneficiário com 2 anos ou mais de idade	9	Não se aplica
OPS MH que possui média de beneficiários na segmentação odontológica do SIB maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e não informou atendimentos em tipo de guia = 4	10	Inconsistente
OPS possui média de beneficiários > zero para a segmentação odontológica do SIB e não informou atendimentos em tipo de guia = 4	11	Inconsistente
OPS possui média de beneficiários =zero na segmentação odontológica do SIB e Informou atendimentos em tipo de guia = 4	12	Inconsistente

2.5. – Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica

144. Os dados utilizados pela ANS para o cálculo do indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, referem-se a alguma data específica?

Resposta: Sim. Os dados foram coletados pela ANS na data de corte do Programa e representam a situação da operadora nesta data. Assim, qualquer alteração executada nos bancos de dados em data posterior, mesmo que retroativa, não alterará o resultado encontrado. De forma simplificada, os dados coletados pela ANS representam a “fotografia” das informações fornecidas pela operadora constantes nos bancos de dados na data de corte do Programa. Os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, também são referentes à situação na data de corte estabelecida pelo programa.

145. Minha Operadora não teve calculado o indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica. Qual pode ter sido a razão?

Motivo: Operadora se enquadra em um ou mais critérios de exclusão estabelecidos na ficha técnica do indicador. São eles:

- 1) Este indicador não se aplica aos planos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, pois estes não possuem a informação da área de atuação;
- 2) Serão desconsiderados os produtos que operam exclusivamente com livre escolha de prestadores;
- 3) Serão desconsideradas as operadoras que não possuem 100% dos planos com segmentação exclusivamente odontológica;
- 4) Na segunda parcela do indicador, referente à “utilização” do método de cálculo, serão desconsiderados como prestadores **ODONTOLÓGICOS** aqueles que apresentem todos os atendimentos com “Tipo de Guia 4 – Tratamento Odontológico” e “Origem de Guia 4 – Reembolso”, desde que haja indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para consultas odontológicas e/ou exames odontológicos complementares e/ou prevenção odontológica e/ou periodontia e/ou dentística e/ou endodontia e/ou cirurgia odontológica ambulatorial e/ou procedimentos não pertencentes ao Rol Odontológico no Sistema de Registro de Produtos.

146. Minha Operadora obteve resultado “0” (zero) para o indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: O resultado “0” (zero) é aplicado automaticamente quando a operadora apresenta “dados inconsistentes”, ou seja, as informações fornecidas pela operadora e constantes nos bancos de dados da ANS não refletem adequadamente a operação dos planos privados de assistência à saúde, pois são incongruentes ou faltantes. Esse resultado do indicador influencia a nota final da operadora. Os motivos que geram dados inconsistentes são os seguintes:

Operadora com 100% de planos com registro provisório OU 100% registro provisório + planos SCPA + cancelados + transferidos
Operadora sem área de atuação (exclui operadora com 100% de planos antigos).
Operadora sem rede informada no RPS
Não possui “demais estabelecimentos” ou “serviço de alta complexidade” cadastrados na rede do RPS.
A operadora não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base
A operadora processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E Informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base
A operadora não teve lançamento incorporado no banco do TISS
Operadora possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não é autogestão por RH
Operadoras com rede informada, mas 100% sem CNES na área de atuação informada no RPS
100% prestadores classificados no campo “Natureza Jurídica” como Administração Direta
100% prestadores com serviços de “Cirurgião-Dentista” ou “Equipo Odontológico” ou “Raio X Dentário” exclusivos do Sistema Único de Saúde – SUS
Não possui “Tipo de Guia 4 – Tratamento Odontológicos”

147. No indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, para o cálculo da parte de “dispersão” do Indicador será considerado cada produto da operadora separadamente?

Resposta: Não. Serão considerados os municípios dos prestadores odontológicos, que disponibilizam os serviços pesquisados, vinculados à rede assistencial da operadora e não a

cada produto separadamente. Desta forma, cada município onde a operadora atua, ou seja, que faz parte da área de atuação de seus produtos, só é contado uma vez.

148. No indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, todos os produtos existentes no RPS são considerados no cálculo da parte de “dispersão” do Indicador?

Resposta: Não. São considerados apenas os produtos com segmentação exclusivamente odontológica, classificados como Ativo e Ativo com comercialização suspensa, ressalvados os planos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que são excluídos, conforme Ficha Técnica.

149. No indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, para identificação dos municípios da parte de “dispersão” do Indicador serão considerados todos os prestadores de serviços cadastrados no RPS?

Resposta: Não. São considerados para identificação dos municípios os prestadores cadastrados no RPS onde há oferta dos serviços pesquisados, que possuem o número do CNES preenchido e válido, desde que estejam localizados na área de atuação dos produtos.

Destacamos que também serão considerados como válidos os prestadores identificados na Tabela de Prestadores Ativos do CNES com o motivo de desativação preenchido, conforme lista abaixo:

MOTIVO DESATIVAÇÃO	DESCRIÇÃO
1	DESATIVADO TEMPORARIAMENTE PELA VIGILANCIA SANITARIA
2	DESATIVADO TEMPORARIAMENTE POR DECISAO JUDICIAL
3	DESATIVADO TEMPORARIAMENTE POR REFORMA
6	DESATIVADO PELO GESTOR POR DESATUALIZACAO CADASTRAL POR PERIODO SUPERIOR A 1 ANO
8	DESATIVADO AUTOMATICAMENTE POR NAO ATUALIZACAO CADASTRAL SUPERIOR A 6 MESES
9	ESTABELECIMENTO COM INCONSISTENCIAS NO SCNES DA SES/SMS
14	DESATIVADO PELO GESTOR POR INCONSISTENCIA DE DADOS NA TRANSMISSAO DIRETA

150. No indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, para identificação dos municípios da parte de “dispersão” do Indicador serão considerados todos os prestadores de serviços cadastrados no CNES que apresentem disponibilidade do serviço pesquisado?

Resposta: Não. Serão excluídos do cálculo os prestadores classificados como da Administração Direta, conforme descrito na Ficha Técnica dos indicadores e aqueles que prestem serviço exclusivamente SUS.

151. Para fins de cálculo do IDSS, como identifico no CNES os prestadores que devem ser excluídos do cálculo da parte de “dispersão” do Indicador de Acesso ao Dentista por serem da Administração Direta?

Resposta: A operadora deve verificar os estabelecimentos classificados no campo “Natureza Jurídica”, conforme tabela abaixo:

1000	Administração pública
1015	Órgão Público do Poder Executivo Federal
1023	Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
1031	Órgão Público do Poder Executivo Municipal
1040	Órgão Público do Poder Legislativo Federal
1058	Órgão Público do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
1066	Órgão Público do Poder Legislativo Municipal
1074	Órgão Público do Poder Judiciário Federal
1082	Órgão Público do Poder Judiciário Estadual
1201	Fundo público
1210	Consortio Público de Direito Público (Associação Pública)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Município
5029	Representação Diplomática Estrangeira
5037	Outras Instituições Extraterritoriais

152. No indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, como é calculada a parte de “dispersão” do Indicador?

Resposta: A parte de “dispersão” corresponde à 50% do valor do indicador.

A fórmula da parte de “dispersão” desse indicador é: Nº de municípios com disponibilidade de prestadores odontológicos / Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial odontológica x 100

São considerados “Municípios com Disponibilidade de Prestadores Odontológicos” os municípios indicados na área de atuação dos produtos com disponibilidade de “Cirurgião-Dentista” ou “Equipo Odontológico” ou “Raio X Dentário”, conforme a rede assistencial informada pela operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS. Para os produtos com área geográfica de abrangência Estadual, Grupo de Estados e Nacional serão contabilizados todos os municípios contidos em cada UF.

No cálculo do denominador são considerados apenas os municípios que apresentam prestadores odontológicos com disponibilidade de “Cirurgião-Dentista” ou “Equipo Odontológico” ou “Raio X Dentário” não exclusivos do SUS, segundo a informação contida no CNES/DATASUS.

Convém ressaltar que, conforme disposto nas fichas técnicas, os municípios que não possuem disponibilidade dos serviços pesquisados, segundo o CNES, são excluídos do denominador.

153. No indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, como é calculada a parte de “utilização” do Indicador?

Resposta: A parte de “utilização” corresponde à 50% do valor do indicador.

A fórmula da parte de “utilização” desse indicador é: Nº de estabelecimentos odontológicos cadastrados na rede assistencial dos planos e utilizados pelos beneficiários da operadora / Nº de estabelecimentos odontológicos utilizados pelos beneficiários da operadora

São considerados “Estabelecimentos odontológicos cadastrados na rede assistencial dos planos e utilizados pelos beneficiários da operadora” os prestadores odontológicos classificados como “demais estabelecimentos” ou “serviço de alta complexidade”, segundo os mesmos critérios adotados pela parte de “dispersão” quanto ao CNES, localizados na área de atuação dos produtos conforme rede da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS e efetivamente utilizados pelos beneficiários, conforme o Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar - TISS. Portanto, é necessário atender a essas duas condições ao mesmo tempo.

São considerados “Estabelecimentos odontológicos utilizados pelos beneficiários da operadora” os prestadores odontológicos, segundo os mesmos critérios adotados pela parte de “dispersão” quanto ao CNES, localizados na área de atuação dos produtos conforme Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS, informados no TISS em decorrência da sua utilização pelos beneficiários da operadora. No cálculo desse denominador serão considerados, inclusive, estabelecimentos que não estejam vinculados à rede assistencial da própria operadora, em atendimento às disposições da RN 259/2011.

154. No indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, como identificar no Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS os prestadores odontológicos que serão considerados no cálculo do indicador?

Resposta: Serão considerados como prestadores odontológicos aqueles que apresentem atendimentos em “Tipo de Guia 4 – Tratamento Odontológico” e que atendam aos critérios descritos na ficha quanto à caracterização do estabelecimento no CNES.

155. No indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, como será verificado no Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS se o prestador está na rede assistencial da operadora no RPS?

Resposta: O batimento das informações levará em consideração o número do CNPJ/CPF do prestador.

156. Na parte de “utilização” do indicador, quais prestadores são elegíveis, considerando o intervalo de corte para o cálculo do indicador 2.5, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica?

Resposta: São consideradas as equipes odontológicas, cirurgião-dentista e Raio-X dentário. São considerados os prestadores informados na guia tipo 4 do TISS, que também atendem os critérios do CNES, sendo que, para a parte “utilização” é aplicado o mesmo filtro, referente ao CNES utilizado na parte de “dispersão”.

São considerados, ainda, os prestadores envolvidos em atendimentos com “Origem de Guia 4 – Reembolso” e “Tipo de Guia 4 – Tratamentos Odontológicos”, quando não houver indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para consultas odontológicas e/ou exames odontológicos complementares e/ou prevenção odontológica e/ou periodontia e/ou dentística e/ou endodontia e/ou cirurgia odontológica ambulatorial e/ou procedimentos não pertencentes ao Rol Odontológico no Sistema de Registro de Produtos – RPS.

Considera-se a informação do município que consta do CNES e não aquele informado no TISS.

157. Minha Operadora obteve resultado “0” (zero) para o indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: O resultado “0” (zero) é aplicado automaticamente quando a operadora apresenta “dados inconsistentes”, ou seja, as informações fornecidas pela operadora e constantes nos bancos de dados da ANS não refletem adequadamente a operação dos planos privados de assistência à saúde, pois são incongruentes ou faltantes. Esse resultado do indicador influencia a nota final da operadora.

158. Minha Operadora não teve calculado o indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: O resultado do indicador não é calculado quando a operadora se enquadra em um ou mais critérios de exclusão estabelecido na ficha técnica do indicador. São eles:

- 1) Este indicador não se aplica aos planos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, pois estes não possuem a informação da área de atuação;
- 2) Serão desconsiderados os produtos que operam exclusivamente com livre escolha de prestadores;
- 3) Serão desconsideradas as operadoras que não possuem 100% dos planos com segmentação exclusivamente odontológica;
- 4) Na segunda parcela do indicador, referente à “utilização” do método de cálculo, serão desconsiderados como prestadores **ODONTOLÓGICOS** aqueles que apresentem todos os atendimentos com “Tipo de Guia 4 – Tratamento Odontológico” e “Origem de Guia 4 – Reembolso”, desde que haja indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para consultas odontológicas e/ou exames odontológicos complementares e/ou prevenção odontológica e/ou periodontia e/ou dentística e/ou endodontia e/ou cirurgia odontológica ambulatorial e/ou procedimentos não pertencentes ao Rol Odontológico no Sistema de Registro de Produtos.

Neste caso, o resultado do indicador será “**não se aplica**” e não influenciará na nota final da operadora.

159. No indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, por que a ANS não considera no cálculo da parte de “dispersão” a concentração de beneficiários?

Resposta: Porque a ANS entende que a dispersão de rede assistencial deve ter correlação com a área onde a operadora assume a obrigação contratual de cobertura assistencial, não apenas onde a operadora concentra seus beneficiários.

160. A atualização da Região de Atuação do DIOPS tem impacto no cálculo do 2.5 do IDSS, referente ao Indicador Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica?

Resposta: Não. O indicador Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica considera em seu cálculo a informação relativa à Área de Atuação do plano de saúde registrado pela operadora junto a ANS. Esta informação está descrita no Anexo II da RN nº 85, de 2004, no item 5, como segue:

"5. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO

5.1 A Operadora deverá indicar os municípios ou estados de cobertura assistencial do Plano, de acordo com a ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA adotada acima, à exceção da nacional."

Portanto, a atualização da informação da Região de Atuação existente no DIOPS não alterará a Área de Atuação no RPS.

Ressalte-se, conforme artigo 22 também da RN nº 85, que só é possível alterar as características Nome Comercial e a Rede Hospitalar do Plano. Portanto, a operadora não poderá alterar a Área de Atuação dos planos.

161. A atualização das informações do SIP tem impacto no cálculo do Indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica?

Resposta: Não. O Indicador Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica não considera em seu cálculo as informações relativas à produção de assistência.

162. Quais bases são consideradas no cálculo do Indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica?

Resposta: São consideradas a base do Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS, a do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS, na data de corte do Programa.

163. Para fins de cálculo do IDSS, como verifico a disponibilidade do serviço pesquisado a partir da informação do CNES?

Resposta: Consulte o item Disponibilidade de Prestadores Odontológicos na Ficha Técnica do indicador. A ANS também disponibiliza em seu site planilha com os dados de serviços por município, segundo o CNES. Está disponível para consulta na área específica do Programa de Qualificação, logo após a operadora entrar com seu *login* e senha.

164. Considerando que o indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, é um indicador combinado (dispersão x utilização), caso não seja possível calcular uma das partes ainda assim poderá ser obtido resultado da outra parte?

Resposta: Não. Apesar de matematicamente não haver óbice, optou-se pela apuração do resultado do indicador apenas quando o cálculo da fórmula for realizado na íntegra.

165. A ANS disponibiliza as informações extraídas do CNES para o cálculo do Indicador de Acesso ao Dentista no IDSS?

Resposta: A planilha com os dados de serviços por município, segundo o CNES, encontra-se disponível para consulta na área específica do Programa de Qualificação, logo após a operadora entrar com seu *login* e senha. Esta planilha foi elaborada respeitando os critérios dispostos nas fichas técnicas dos indicadores.

166. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 2.5 de Acesso ao Dentista?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Critica	Prioridade	Cálculo
OPS não possui beneficiários odontológicos nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica
A OPS NÃO POSSUI 100% de beneficiários em planos com segmentação exclusivamente odontológico	2	Não se aplica
OPS com 100% dos planos cancelados OU 100 % transferidos OU 100% SCPA OU 100% cancelados + transferidos + SCPA	3	Não se aplica
OPS com 100% de planos com registro provisório OU 100% registro provisório + planos SCPA + cancelados + transferidos	4	Inconsistente
Operadora sem área de atuação (exclui operadora com 100% de planos antigos).	5	Inconsistente
OPS com 100% de planos (RPS) que operadora com livre escolha.	6	Não se aplica
OPS sem rede informada no RPS	7	Inconsistente
Não possui “demais estabelecimentos” ou “serviço de alta complexidade” cadastrados na rede do RPS.	8	Inconsistente
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	9	Inconsistente
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	10	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E Informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	11	Inconsistente
A OPS não teve lançamento incorporado ao banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	12	Inconsistente
OPS possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não é autogestão por RH	13	Inconsistente
OPS com rede informada, mas 100% sem CNES na área de atuação informada no RPS	14	Inconsistente
100% prestadores classificados no campo “Natureza Jurídica” como Administração Direta	15	Inconsistente
100% prestadores com serviços de “Cirurgião-Dentista” ou “Equipo Odontológico” ou “Raio X Dentário” exclusivos do Sistema Único de Saúde - SUS	16	Inconsistente
Não possui "Tipo de Guia 4 - Tratamento Odontológico”	17	Inconsistente
100% de "Tipo de Guia 4 - Tratamento Odontológicos" e "Origem de Guia 4 - Reembolso - Contratual"	18	Não se aplica
OPS com denominador zero para o indicador ou que não teve o indicador calculado por outros motivos	19	Não se aplica

2.6. – Frequência de Utilização de Redes de Hospitais com Atributo de Qualidade

167. Existe a possibilidade de ser disponibilizada a prévia da mediana do indicador 2.6 do IDSS, referente à Frequência de Utilização de Redes de Hospitais com Atributo de Qualidade?

Resposta: Não. A mediana depende dos resultados de todas as operadoras, e é disponibilizada durante a divulgação preliminar dos resultados do IDSS Ano-base 2019, no espaço operadoras, e, após o processamento e divulgação dos resultados finais, no portal da ANS.

168. Como a ANS coleta a informação de cada atributo de qualidade do QUALISS, previstos na ficha técnica do indicador 2.6 do IDSS, referente à Frequência de Utilização de Redes de Hospitais com Atributo de Qualidade?

Resposta: Os atributos previstos para cálculo do indicador são:

Rede	Atributo de Qualidade	Ícone	Legenda
Hospitais	Acreditação	A	Programa de Acreditação
	PM-QUALISS	Q	Qualidade Monitorada

A origem das informações do QUALISS são as seguintes:

- ✓ Acreditação – informações enviadas pelas acreditadoras para ANS (via webservice, e que alimentam diretamente o sistema buscador do QUALISS disponível no Portal da ANS);
- ✓ PM-QUALISS – programa ainda não foi implementado;

Serão considerados os atributos que estiverem disponíveis em 31 de dezembro do ano-base avaliado.

169. No cálculo do indicador 2.6 do IDSS serão considerados todos os prestadores informados pelas operadoras nas guias TISS?

Resposta: Não. Serão considerados apenas os prestadores que estejam registrados no RPS para a operadora.

170. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 2.6 Qualidade de Hospitais?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS só possui plano com segmentação exclusivamente ambulatorial e beneficiários em plano referência = zero	1	Não se aplica
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	2	Não se aplica
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	3	Inconsistente
A OPS possui somente planos antigos ativos	4	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base	5	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	6	Inconsistente
A OPS não teve lançamento incorporado ao banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	7	Inconsistente
OPS exclusivamente odontológica	8	Não se aplica
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	9	Não se aplica
OPS possui média de beneficiários > 0 no SIB para a segmentação hospitalar no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 3	10	Inconsistente
OPS possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação hospitalar e/ou hospitalar com obstetrícia e informou atendimentos em tipo de guia = 3	11	Inconsistente
OPS possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não é autogestão por RH	12	Inconsistente
Os prestadores de serviços de saúde informados na guia TISS não foram encontrados no RPS	13	Inconsistente

2.7. – Frequência de Utilização de Redes de SADT com Atributo de Qualidade

171. Existe a possibilidade de ser disponibilizada a prévia da mediana do indicador 2.7 do IDSS, referente à Frequência de Utilização de Redes de SADT com Atributo de Qualidade?

Resposta: Não. A mediana depende dos resultados de todas as operadoras, e é disponibilizada durante a divulgação preliminar dos resultados do IDSS Ano-base 2019, no espaço operadoras, e, após o processamento e divulgação dos resultados finais, no portal da ANS.

172. Como a ANS coleta a informação de cada atributo de qualidade do QUALISS, previstos na ficha técnica do indicador 2.7 do IDSS, referente à Frequência de Utilização de Redes de SADT com Atributo de Qualidade?

Resposta: Os atributos previstos para cálculo do indicador são:

Rede	Atributo de Qualidade	Ícone	Legenda
SADT	Acreditação	A	Programa de Acreditação
	PM-QUALISS	Q	Qualidade Monitorada

A origem das informações do QUALISS são as seguintes:

- ✓ Acreditação – informações enviadas pelas acreditadoras para ANS (via webservice, e que alimentam diretamente o sistema buscador do QUALISS disponível no Portal da ANS);
- ✓ PM-QUALISS – programa ainda não foi implementado;

Serão considerados os atributos que estiverem disponíveis em 31 de dezembro do ano-base avaliado.

173. No cálculo do indicador 2.7 do IDSS serão considerados todos os prestadores informados pelas operadoras nas guias TISS?

Resposta: Não. Serão considerados apenas os prestadores que estejam registrados no RPS para a operadora.

174. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 2.7 Qualidade de Laboratórios?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	2	Inconsistente
A OPS possui somente planos antigos ativos	3	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base	4	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	5	Inconsistente
A OPS não teve lançamento incorporado ao banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	6	Inconsistente
OPS exclusivamente odontológica	7	Não se aplica
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	8	Não se aplica
OPS possui média de beneficiários > 0 no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 2	9	Inconsistente
OPS possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e informou atendimentos em tipo de guia 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	10	Inconsistente

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não é autogestão por RH	11	Inconsistente
Os prestadores de serviços de saúde informados na guia TISS não foram encontrados no RPS	12	Inconsistente

2.8. – Índice de Efetiva Comercialização de Planos Individuais

175. Qual o objetivo do indicador 2.8, relativo ao Índice de Efetiva Comercialização de Planos Individuais?

Resposta: O presente indicador visa bonificar as operadoras que aferiram crescimento de beneficiários titulares na carteira de planos individuais regulamentados de acordo com as metas estabelecidas na ficha técnica do indicador. O crescimento da carteira de beneficiários é obtido pela fórmula: $(N^{\circ} \text{ de beneficiários titulares em planos individuais}_{\text{ano}} - N^{\circ} \text{ de beneficiários titulares em planos individuais}_{\text{ano-1}}) / N^{\circ} \text{ de beneficiários titulares em planos individuais}_{\text{ano-1}}$.

176. Minha Operadora não teve um crescimento significativo de Beneficiários Titulares na Carteira de Planos Individuais regulamentados. Como o indicador 2.8, relativo ao Índice de Efetiva Comercialização de Planos Individuais, afetará o IDSS?

Resposta: O indicador 2.8, relativo ao Índice de Efetiva Comercialização de Planos Individuais, é um bônus que aumenta em até 10% a nota da dimensão IDGA, caso a operadora apresente crescimento de Beneficiários Titulares na Carteira de Planos Individuais regulamentados de acordo com os parâmetros estabelecidos na Ficha Técnica do indicador. Assim, como se trata de um bônus na dimensão IDGA, a operadora não será prejudicada caso o seu crescimento de beneficiários titulares na carteira de planos individuais regulamentados não seja significativo.

177. Minha Operadora obteve o bônus do indicador 2.8, relativo ao Índice de Efetiva Comercialização de Planos Individuais, porém este bônus foi inferior a 10%. Qual o motivo?

Resposta: Conforme estabelecido na ficha técnica do indicador 2.8, relativo ao Índice de efetiva Comercialização de Planos Individuais, a meta é atingir um crescimento da carteira de beneficiários titulares em planos individuais regulamentados de:

- Para Operadoras exclusivamente médico-hospitalares (MH): 1,5% ao ano
- Para Operadoras exclusivamente odontológicas (OD): 4,0% ao ano

Entretanto, conforme estabelecido na tabela de pontuação do indicador, caso seja verificado um crescimento inferior à meta do indicador, porém, superior à metade da meta, será atribuído um bônus escalonado à operadora e esse bônus será inferior ao limite de 10% estabelecido.

- Para Operadoras MH que operam planos exclusivamente odontológicos, a meta é mesma estabelecida para as carteiras MH e OD, no entanto, a pontuação é definida de acordo com a proporção de cada carteira, com peso 2 para a carteira MH e peso 1 para a carteira OD.

178. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 2.8 Índice de Efetiva Comercialização de Planos Individuais?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
Operadora é da Modalidade Autogestão	1	Não se aplica
Operadora possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	2	Inconsistente

3 – Indicadores da Dimensão Sustentabilidade no Mercado – IDSM

3.1. – Índice de Recursos Próprios

179. A nota da minha operadora no indicador 3.1 do IDSS, referente ao Índice de Recursos Próprios, não corresponde com o valor de Margem de Solvência atualmente exigido considerando o escalonamento previsto na Resolução Normativa 209/2009. O que pode ter acontecido?

Resposta: Conforme especificado na ficha técnica do indicador, a fórmula de cálculo se dá da seguinte forma:

$$\text{Índice de Recursos Próprios} = \text{Patrimônio Líquido Ajustado} / \text{Recurso Próprio Mínimo}$$

E este cálculo leva em consideração as seguintes especificações:

- a. **Patrimônio Líquido Ajustado:** Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social com ajustes por efeitos econômicos definidos na IN nº 50 DIOPE, do dia 23/11/2012, excetuando os incisos I, II, III do art.2º.
- b. **Recurso Próprio Mínimo:** Maior valor entre o Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA) e a exigência integral da Margem de Solvência (MS).

Ou seja, para o IDSS, é realizada a comparação do Patrimônio, ajustado por efeitos econômicos previstos na regulamentação vigente, com o maior valor entre o Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA) e a exigência integral da Margem de Solvência (MS).

180. A nota da minha operadora no indicador 3.1 do IDSS, referente ao Índice de Recursos Próprios, foi zero. O que pode ter acontecido?

Resposta: Conforme especificado na ficha técnica do indicador, Operadoras irregulares com a exigência de Recursos Próprios Mínimos (patrimônio mínimo ajustado ou margem de solvência) receberão pontuação zero neste indicador.

181. Minha operadora recebeu “não se aplica” no indicador 3.1 do IDSS, referente ao Índice de Recursos Próprios. O que pode ter acontecido?

Resposta: Caso a operadora seja uma autogestão com mantenedor, este indicador não é avaliado, e por isto o resultado obtido é “não se aplica”. Esse fato decorre da previsão do art. 5º da RN nº137, de 2006: Art. 5º A entidade de autogestão deverá garantir os riscos decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde da seguinte forma: I — por meio da constituição das garantias financeiras próprias exigidas pela regulamentação em vigor; ou II — por meio da apresentação de termo de garantia firmado com o mantenedor.”

182. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 3.1 Índice de Recursos Próprios?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
Autogestão por RH.	1	Não se aplica
Não enviou 4º trimestre do DIOPS.	2	Inconsistente
Se a OPS tiver total de contraprestações no ano (conta 31) com menos de R\$ 20,00 recebe pontuação ZERO	3	Inconsistente
Se a OPS tiver total de Despesa Assistencial no ano (conta 41) com menos de R\$ 20,00 recebe pontuação ZERO	4	Inconsistente
OPS autogestão com mantenedor.	5	Não se aplica

3.2. – Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar

183. Qual o objetivo do indicador 3.2 do IDSS, referente à Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar?

Resposta: O presente indicador mede a capacidade de resolução das demandas assistenciais e não assistenciais objetos de NIP, sem a necessidade de abertura de processo administrativo.

184. Como é o cálculo do indicador 3.2 do IDSS, referente à Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar?

Resposta: Conforme definido na ficha técnica do indicador, permite avaliar a efetividade dos esforços de mediação ativa de conflitos, através da comunicação preliminar da ANS com as operadoras para a resolução de demandas de reclamação objeto de NIP assistencial e não assistencial, com data de atendimento no ano base, antes da instauração do processo administrativo.

A fórmula de cálculo é a seguinte:

$$\frac{\text{Total de demandas NIP assistenciais e não assistenciais Classificadas como: RVE, INATIVA e NP}}{\text{Total de demandas NIP assistenciais e não assistenciais Classificadas como RVE, INATIVA, NP e NÚCLEO}} \times 100$$

Onde:

RVE: Reparação Voluntária e Eficaz

NP: Demandas não procedentes

185. No indicador 3.2 do IDSS, referente à Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar, quando o auto de infração decorrente da NIP é anulado, ele compõe o indicador?

Resposta: Sim. O procedimento NIP é de natureza pré-processual e a análise é preliminar, sendo limitadas tanto a apresentação de provas por parte do usuário quanto a possibilidade de diligências adicionais junto à operadora e ao prestador. Uma vez que a demanda é encaminhada para o Núcleo, constatado indício de infração, o rito é outro, com a abertura de processo sancionador. Sendo assim, a decisão final no Núcleo pelo arquivamento não altera o fato de que a operadora não solucionou o conflito no âmbito da NIP.

186. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 3.2 Taxa de Resolutividade de NIP?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
Operadora apresentou SIB igual a zero, mas possui Demanda NIP Assistencial	1	Inconsistente
OPS possui todas as demandas assistenciais classificadas como NA no ano de análise	2	Não se aplica

3.3. – Índice Geral de Reclamação

187. Qual o objetivo do indicador 3.3 do IDSS, referente ao Índice Geral de Reclamação (IGR)?

Resposta: O presente indicador é uma medida indireta (proxy) da (in)satisfação do beneficiário em relação a sua operadora, seja em relação a questões de cobertura assistencial ou outros direitos do beneficiário.

188. Por que o indicador 3.3 do IDSS, referente ao Índice Geral de Reclamação (IGR), é dividido por 4?

Resposta: Para que os resultados fiquem consistentes com a avaliação trimestral que é realizada pela ANS e divulgada em seu portal.

189. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 3.3 Índice Geral de Reclamação (IGR)?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	1	Inconsistente
Operadora apresentou SIB igual a zero, mas possui Demanda NIP Assistencial	2	Inconsistente
OPS possui todas as demandas assistenciais classificadas como NA no ano de análise	3	Não se aplica

3.4. – Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos

190. Como a ANS calcula o numerador do indicador 3.4 do IDSS, referente à Proporção de NTRP com Valor Comercial de Mensalidade Atípico, dado que esta Agência não dispõe das Tabelas de vendas dos respectivos produtos?

Resposta: A ANS calcula o numerador deste indicador com base em informações da Coluna “T” da Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP), regulamentada pela Resolução de Diretoria Colegiada-RDC nº 28/2000 e seus anexos.

Na ficha técnica, o termo “Valor Comercial da Mensalidade - VCM” corresponde aos valores da coluna T da NTRP, os quais são estimados pelas próprias operadoras, com base no valor das despesas assistenciais e não assistenciais por exposto, margem de lucro e ajustes (ver anexo II –B da supracitada RDC). Portanto o indicador não leva em consideração Tabela de Vendas.

191. Quais são os grupos formados a partir da combinação dos fatores para cálculo do numerador do indicador 3.4 do IDSS, referente à Proporção de NTRP com Valor Comercial de Mensalidade Atípico?

Resposta: Como descrito na ficha técnica do indicador, o limite inferior será calculado pela média do prêmio puro dos grupos formados pela combinação dos quatro fatores de precificação utilizados para classificar os produtos. Sendo eles:

- Contratação (Individual, Empresarial e Adesão);
- Cobertura (Ambulatorial, Amb+Hosp, Hospitalar);
- Presença ou não de fator moderador; e
- Tipo de acomodação (coletiva ou individual).

Quanto aos grupos formados pela combinação dos fatores descritos acima, quando a cobertura/segmentação do produto é ambulatorial a variável "acomodação" não entra no cálculo.

Ademais, as comparações dos valores do prêmio puro ocorrem dentro de cada uma das três faixas etárias (a primeira, a sétima e a décima), conforme descrito na Ficha Técnica do Indicador.

192. Quais operadoras são elegíveis para avaliação no indicador 3.4 - Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos?

Resposta: As operadoras elegíveis para o indicador são aquelas que possuam, na data de referência, produtos médico-hospitalares em pré-pagamento ativos. Para fins de compatibilização entre os programas de monitoramento realizados pela ANS, serão aplicadas no indicador do IDSS as mesmas críticas utilizadas no Risco Assistencial.

193. É possível disponibilizar os parâmetros ou valores de referência para cálculo do limite inferior utilizado no numerador do indicador 3.4 do IDSS, referente à Proporção de NTRP com Valor Comercial de Mensalidade Atípico, previamente ao cálculo deste indicador?

Resposta: Não é possível disponibilizar informações prévias, uma vez que o cálculo do indicador é dinâmico, variando de acordo com as NTRPs vigentes em 31/12/2019, executado, porém, somente a partir da data de corte do IDSS. Além disso, os valores de referência podem influenciar as NTRPs enviadas pelas operadoras. Além disso, ressalta-se que as informações de NTRP, por influenciarem no âmbito concorrencial, são informações reservadas.

194. É possível incluir outras variáveis, como área de abrangência e tamanho da rede para cálculo do limite inferior utilizado no numerador do indicador 3.4 do IDSS, referente à Proporção de NTRP com Valor Comercial de Mensalidade Atípico?

Resposta: É necessário esclarecer que foram considerados os critérios que mais impactam na precificação, de forma objetiva. Certamente há outros fatores que podem ter alguma influência no estabelecimento dos valores de comercialização, como rede assistencial, área de atuação e nível do fator moderador. Entretanto, além de alguns desses fatores não serem objetivamente mensuráveis (informações não disponíveis para a ANS), isto poderia criar inúmeros subgrupos com poucos produtos, fragmentando demais a análise e enfraquecendo a robustez estatística do indicador. Deve ser salientado que os planos com fator moderador estão sendo comparados apenas entre planos que também tenham fator moderador, mesmo que não seja especificado qual o nível deste fator moderador. Além disso, ressalta-se, mais uma vez, que se está comparando o valor de comercialização (coluna T) com o valor destinado a cobrir apenas as despesas assistenciais (coluna K). Assim, entende-se que valores de comercialização abaixo destas referências de mercado podem representar um risco, o que o indicador busca sinalizar.

195. Quando o Indicador 3.4 do IDSS, referente à Proporção de NTRP com Valor Comercial de Mensalidade Atípico, não será calculado?

Resposta: O Indicador **Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos** não será calculado caso a Operadora não possua a obrigatoriedade de envio da NTRP para todos os seus produtos, conforme previsto na RDC 28/2000, ou seja, para os produtos exclusivamente odontológicos e em pós-pagamento.

196. Qual a data de referência para obter as NTRPs vigentes para o cálculo do indicador 3.4 do IDSS, referente à Proporção de NTRP com Valor Comercial de Mensalidade Atípico?

Resposta: Para cálculo do indicador consideram-se todas as NTRPs vigentes para produtos ativos no último dia ano base avaliado, ou seja, 31/12/2019.

197. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 3.4 Proporção de NTRP com Valor Comercial de Mensalidade Atípico?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS não elegível para o cálculo deste indicador, conforme regras do Monitoramento Assistencial	1	Não se aplica

3.5 – Pesquisa de Satisfação de Beneficiários

198. O que é o Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde?

Resposta: É um documento que estabelece os requisitos mínimos e as diretrizes para a realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde. Estará elegível a pontuar no Programa de Qualificação de Operadoras - PQO, a operadora que realizar pesquisa de satisfação de acordo com as diretrizes deste Documento Técnico e encaminhar à ANS o endereço eletrônico no seu sítio institucional onde os resultados da pesquisa foram disponibilizados até 30 de abril do ano subsequente ao ano-base de avaliação do PQO.

199. Onde posso acessar o Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde?

Resposta: O Documento Técnico da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde referente ao Programa de Qualificação de Operadoras - PQO 2020 (ano-base 2019) está disponível no sítio institucional da ANS em: Planos e Operadoras\Informações e Avaliações de Operadoras\Programa de Qualificação de Operadoras\ Conheça mais dados do Programa de Qualificação de Operadoras\Ano 2020 (Ano-base 2019)

Ou diretamente no link:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2020_pesquisa_de_satisfacao_beneficiario_2019_final.pdf

200. Como é aplicada a pontuação base de 0,25 referente a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde no Programa de Qualificação de Operadoras - PQO?

Resposta: Pontuação base é um valor fixo acrescido à pontuação de uma determinada dimensão ou do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS das operadoras, desde que obedecidos os critérios estabelecidos nas fichas técnicas do PQO.

No caso da pontuação base referente à pesquisa de satisfação, trata-se de um acréscimo de 0,25 no Índice de Desempenho na Dimensão Sustentabilidade no Mercado (IDSM), caso a operadora realize pesquisa de satisfação de acordo com os critérios estabelecidos no

Documento Técnico da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde disponível no portal da ANS.

Considerando a pontuação base referente à Pesquisa de Satisfação de Beneficiários, o índice de desempenho da dimensão sustentabilidade no mercado (IDSM), será apurado da seguinte forma:

$$(\text{Pontuação Base} + \text{IDSM}) \leq 1.$$

Além dessa pontuação base, a Dimensão Sustentabilidade no Mercado ainda prevê a possibilidade de uma pontuação bônus de 10% relativo ao indicador “3.6 - Autorização prévia anual para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários”. Caso a operadora seja elegível ao indicador bônus e ao indicador da pontuação base, para o cálculo da nota final da dimensão, primeiro se aplica o cálculo do bônus e em seguida o da pontuação base.

201. Qual deve ser o público alvo da minha pesquisa?

Resposta: A Pesquisa deve considerar como público alvo, todo o universo de beneficiários maiores de 18 anos da Operadora, mesmo aqueles beneficiários que não utilizaram o plano durante do ano-base avaliado.

202. A Operadora deve realizar alguma análise preliminar de cadastro de beneficiários previamente ao planejamento da Pesquisa?

Resposta: Sim, de forma a atender às exigências de controle de tentativas de contato e registro de ocorrências, deverá ser realizada uma análise preliminar quanto à qualidade do cadastro de beneficiários e do registro de endereços de e-mail ou telefones dos beneficiários da Operadora. Essa análise prévia também garante uma amostra de qualidade e resultados que melhor traduzem a real situação da Operadora.

Quanto mais qualificada as informações do universo (público alvo da pesquisa), haverá mais controle sobre os critérios de seleção da amostra e mais confiável poderá ser a pesquisa.

203. Que critérios devem ser levados em consideração para a estratificação da amostra da pesquisa?

Resposta: O responsável técnico da pesquisa, estatístico registrado no Conselho Regional de Estatística - CONRE, será o responsável por identificar as características da população e definir a melhor forma de amostragem, levando em consideração as boas práticas, princípios estatísticos e as diretrizes estabelecidas tanto pelo seu Conselho quanto no Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde.

O universo da pesquisa deve ser o conjunto de beneficiários da operadora e os estratos adotados podem variar de acordo com as características de cada operadora. Por exemplo, uma operadora de maior porte pode atuar em diferentes regiões.

A amostra deve levar em consideração as diversas características da população, tais como: sexo, faixa etária e as características dos produtos dessa população: segmentação de produto, região de atuação etc., conforme estabelecido nos itens 3.1 e 3.2 do Capítulo 3: “Requisitos e Diretrizes para a Elaboração da Pesquisa” do Documento Técnico.

204. A ANS estabeleceu algum texto padrão que deve ser mencionado quando da realização da pesquisa?

Resposta: A ANS não estabeleceu um texto padrão a ser lido pelo entrevistador quando do contato com o entrevistado. Tal texto deverá ser elaborado quando do planejamento da pesquisa e deverá levar em consideração as diretrizes mínimas estabelecidas no Documento técnico, em especial as recomendações e alertas descritos nas alíneas do item 3.2. Ressalta-se que o texto não pode, em qualquer hipótese, interferir de forma direta/indireta na resposta do entrevistado.

A seguir é apresentada uma sugestão de texto para pesquisa por telefone:

“Bom dia / Boa tarde / Boa noite! Poderia falar com Sr(a) _____ Meu nome é _____, estou a serviço da operadora _____ e seguindo diretrizes mínimas estabelecidas Agência Nacional de Saúde Suplementar – órgão que regula os planos de Saúde. Estamos realizando uma pesquisa para avaliar seu grau de satisfação com a _____. Esta ligação está sendo gravada e asseguramos que os seus dados permanecerão em sigilo absoluto. O senhor (a) concorda em participar? A pesquisa é rápida, serão menos de ____ minutos.”

205. Quais devem ser as perguntas da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários?

Resposta: O questionário a ser aplicado deverá conter, no mínimo, as perguntas descritas no anexo I do Documento Técnico. Não poderá ocorrer inversão na ordem das perguntas e nem alteração da redação ou opção de respostas. A constatação de quaisquer alterações implicará em inelegibilidade automática da operadora para obtenção de pontuação relativa à pesquisa no IDSS.

Essa padronização tem como finalidade conferir comparabilidade entre as operadoras avaliadas, possibilitar a criação de uma série histórica dos resultados e evitar qualquer interferência na qualidade da pesquisa.

206. Até que dia a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários deve ter sido finalizada para ser elegível à pontuação no IDSS?

Resposta: Para ser elegível à pontuação no IDSS ano-base 2019, a pesquisa deve ter sido concluída e encaminhada à ANS até a data de corte do programa.

207. Como a operadora pode encaminhar a Pesquisa para a ANS?

Resposta: As informações da pesquisa podem ser encaminhadas, preferencialmente, pelos seguintes canais.

- **E-PROTOCOLO:** encaminhar petição contendo obrigatoriamente o termo de responsabilidade completo como petição eletrônica, e anexar o Relatório Final contendo os resultados da Pesquisa e o Parecer do auditor independente.

A operadora deve preencher todos os campos com informações requisitadas sobre a pesquisa. A soma das respostas de cada um dos 10 quesitos deve ser igual a 100%.

Além disso, serão validados os campos: CPF do requerente; link para o portal da operadora onde foram disponibilizados os resultados da pesquisa.

Para acessar o E-PROTOCOLO - Sistema de Protocolo Eletrônico, dentro do Portal Operadoras (atualmente utilizado para peticionamento do Ressarcimento ao SUS), **deve ser utilizado o navegador “Google Chrome”**. O novo protocolo a ser escolhido é: Tipo: “Índice De Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)”; Assunto: “envio do resultado da pesquisa de satisfação ano-base 2019”.

Como é um novo protocolo, será necessário que o representante legal da Operadora, caso necessário, conceda acesso aos usuários que utilizarão o sistema.

Para conceder acesso: Basta seguir o passo a passo no manual do Portal Operadoras.

Para utilizar o novo Protocolo: Caso o usuário seja o representante legal o novo protocolo já estará disponível no Protocolo Eletrônico de forma automática. Lembrando que o representante legal é o único usuário que possui acesso a todos os perfis de todos os sistemas por padrão. Para isso basta acessar o sistema “Protocolo Eletrônico” no menu “Operadora” do Portal Operadoras, se o acesso foi dado corretamente o novo Protocolo “Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)” estará disponível.

Observação: Para evitar que o representante legal tenha que acessar o “ADMP Operadora” toda vez que for necessário gerir o acesso de um usuário, é possível conceder acesso a estes perfis a quem tenha acesso ao sistema “ADMP Operadora”, delegando assim a concessão destes perfis.

Para dúvidas sobre a pesquisa, entrar em contato pelo e-mail: qualidade.dides@ans.gov.br.

Para dúvidas sobre concessão de acesso no Portal Operadoras entrar em contato pelo e-mail portaloperadoras@ans.gov.br.

- **Via PTA: Correspondência por meio do Programa Transmissor de Arquivo contendo o endereço eletrônico e o Termo de Responsabilidade Completo;**

A IN DIDES nº 65/2017, que dispõe sobre a comunicação eletrônica entre a Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES e as operadoras de planos privados de assistência à saúde, estabelece no § 3º do art. 6º que os arquivos encaminhados à DIDES via PTA deverão cumprir as condições estabelecidas no anexo II da mesma IN (nome do arquivo: REGANS_GEEIQ_CONTROLE.DES).

Esclarece-se que a transformação da extensão original do arquivo de “PDF” para “DES” é necessária para o correto envio e recepção do arquivo pela DIDES/ANS no sistema PTA. Outras extensões, tais como “PAS”, não são válidas, e não serão recepcionadas.

- **Demais** canais de envio de correspondência à ANS também são válidos (correios, protocolo nos Núcleos ou na Sede da ANS).

Atenção: Em todas as situações, deverá ser observada a data de corte do programa. Não serão elegíveis à pontuação pesquisas encaminhadas após esta data. No caso do

envio pelos correios, a data do carimbo dos correios (correspondente ao dia da postagem) deverá obedecer a data de corte do programa.

208. A Pesquisa de Satisfação dos Beneficiários de Planos de Saúde poderá ser elegível para pontuação tanto para o Programa de Qualificação de Operadoras (PQO), RN 386/2015 alterada pela RN 423/2017, quanto para o Programa de Acreditação de Operadoras?

Resposta: Conforme estabelecido no item 2 do Documento Técnico da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários do PQO, o questionário a ser aplicado deverá conter, no mínimo, as perguntas constantes no anexo do Documento Técnico. Assim, a operadora, por ocasião da realização da Pesquisa para efeitos de PQO, poderá acrescentar outros questionamentos que achar pertinentes, inclusive requisitos constantes da Resolução Normativa 277/2011, que trata do Programa de Acreditação de Operadoras no ano-base 2019.

De forma a evitar qualquer interferência direta ou indireta recomenda-se que as questões adicionais sejam realizadas após as questões mínimas estabelecidas no anexo I do Documento Técnico. Além disso, o entrevistado deverá ser alertado a respeito da inclusão das perguntas.

Adicionalmente, o responsável técnico da pesquisa deverá se atentar para a “população-alvo” a ser estabelecida especificamente para as perguntas relacionadas aos requisitos estabelecidos na Dimensão 4 da RN 277/2011.

Ressaltamos ainda após a publicação da RN 452/2020, em 26/03/2020, o Programa de Acreditação Operadoras foi reformulado, integrando os diversos programas de qualidade da ANS.

O anexo I da RN 452/2020, estabelece na dimensão 4, relativa à Experiência do Beneficiário, o requisito 4.4 relativos à Pesquisa de Satisfação de Beneficiários no âmbito do Programa de Acreditação de Operadoras. Cabe ressaltar que a pesquisa realizada e considerada para a acreditação de operadoras segue itens estabelecidos na RN 452/2020. Trata-se de itens de verificação subsequentes e com lógica encadeada de classificação. Assim, não necessariamente uma pesquisa considerada para acreditação de operadoras cumprirá todos os requisitos estabelecidos no Documento Técnico para a elegibilidade no IDSS.

209. Operadoras Exclusivamente Odontológicas podem realizar a pesquisa? Como adequar os exemplos dados nos quesitos?

Resposta: Sim, a Pesquisa de Satisfação dos Beneficiários pode ser realizada por operadoras exclusivamente odontológicas. No item 2 do Documento Técnico, é esclarecido que 'O questionário a ser aplicado pelas OPS deverá conter, no mínimo, as perguntas descritas no anexo I do documento técnico. Essa padronização tem como finalidade conferir comparabilidade entre as OPS avaliadas, bem como criar uma série histórica dos resultados. Porém a operadora pode adaptar os exemplos de cada quesito do questionário. Por exemplo: na pergunta número 3, “3) Nos últimos 12 meses, você recebeu algum tipo de comunicação de seu plano de saúde (por exemplo: carta, e-mail, telefonema etc.) convidando e/ou esclarecendo sobre a necessidade de realização de consultas ou exames preventivos, tais como: mamografia, preventivo de câncer, consulta preventiva com urologista, consulta preventiva com dentista, etc?”, os exemplos ao final da pergunta podem ser adaptados para a operadora exclusivamente odontológica, e excluídos os itens relativos aos planos médico-hospitalares, tendo-se: “3) Nos últimos 12 meses, você recebeu algum tipo de comunicação de seu plano de saúde (por exemplo: carta, e-mail, telefonema etc.) convidando e/ou esclarecendo sobre a

necessidade de realização de consultas ou exames preventivos, tais como: consulta preventiva com dentista, etc?”

210. A operadora realizou a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários e encaminhou à ANS o endereço eletrônico no seu sítio institucional na internet onde os resultados foram disponibilizados, porém não obteve a pontuação no IDSS. Qual pode ter sido a razão?

Resposta: Para ser elegível a pontuar no IDSS, a ANS faz a verificação dos itens exigidos no Documento Técnico. Os motivos de indeferimento são sempre informados à operadora por meio de Ofício da ANS.

De forma resumida, os itens de verificação (*check-list*) são os seguintes:

Informações Gerais:

- A pesquisa deverá ser realizada a partir do mês de julho do ano-base de avaliação do IDSS, relativa aos últimos 12 meses.
- As informações mínimas exigidas e eventuais retificações devem ser enviadas para a ANS até a data de corte do IDSS do ano-base avaliado.
- Após a data de corte não serão considerados novos documentos enviados pelas operadoras, nem mesmo na fase de questionamentos dos resultados preliminares.
- O questionário utilizado na pesquisa deve conter as perguntas na ordem estabelecidas no Anexo I do Documento Técnico para a realização da pesquisa de satisfação de beneficiários de planos de saúde. Todas as opções de respostas também deverão ser mantidas.
- Os auditores devem obedecer aos requisitos de independência no item 4.1 do Documento Técnico.
- Todo material relativo à pesquisa deverá estar à disposição da ANS e poderá ser requisitado a qualquer tempo.
- O relatório final contendo os resultados da pesquisa e o parecer de auditoria independente deverão ser mantidos no portal da operadora na internet até a divulgação do IDSS do ano subsequente.
- O atendimento ao *check list* não garante a elegibilidade da operadora à pontuação base do IDSS, uma vez que outras situações verificadas na análise técnica podem ensejar um eventual indeferimento.
- A operadora deve encaminhar correspondência à ANS via E-Protocolo (ou, alternativamente, via PTA ou correios) contendo:

- **O Termo de Responsabilidade da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários;**
- **O endereço eletrônico do sítio institucional da operadora, em local público e de fácil acesso, contendo:**
 - **O Relatório da Pesquisa;** e
 - **O Parecer de Auditoria Independente.**

I. QUANTO AO TERMO DE RESPONSABILIDADE	
I.1	O Termo é um documento único, indissociável, dividido em duas partes
I.2	Deve ser utilizado o modelo disponível no Anexo III do Documento Técnico da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários, disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2020_pesquisa_de_satisfacao_beneficiario_2019_final.pdf .
I.3	A primeira parte do Termo deve ser assinada pelo Responsável Técnico pela Pesquisa
I.4	A segunda parte do Termo deve ser assinada pelo Representante Legal da Operadora perante a ANS

II. QUANTO AO RELATÓRIO FINAL DA PESQUISA	
II.1	O Relatório final deve conter:
II.1.1	A identificação do responsável técnico da pesquisa com registro profissional no Conselho Regional de Estatística (CONRE)
II.1.2	Nome da empresa que coletou os dados da pesquisa (quando cabível)
II.1.3	Descrição do universo amostral
II.1.4	Descrição da população amostrada
	a. Período de Realização da Pesquisa (a partir de julho de 2019)
	b. Descrição do grupo pesquisado
	c. Tamanho da amostra
	d. Erro amostral
	e. Erros não amostrais
	f. Forma de coleta dos dados, conforme item 3.2.d;
	g. Taxa de respondentes (correspondente à razão do número de pessoas que responderam sobre o número de pessoas que foram contatadas para a pesquisa);

II. QUANTO AO RELATÓRIO FINAL DA PESQUISA	
h.	Estatísticas com a quantidade de beneficiários da amostra classificados conforme item 3.2-s
i.	Realização e demonstração de análises descritivas para cada questão do questionário (contendo as estimativas, erros padrões e intervalo de confiança, com seu respectivo nível de confiança)
j.	Conclusões sobre a pesquisa

III QUANTO AO PARECER DE AUDITORIA INDEPENDENTE	
III.1	Identificação do auditor independente
III.2	Identificação da Pessoa Jurídica (se for o caso)
III.3	Síntese da Análise da Auditoria contendo:
a.	Aderência da pesquisa ao escopo do planejamento
b.	Fidedignidade dos beneficiários selecionados para a entrevista
c.	Fidedignidade das respostas
d.	Fidedignidade do relatório da pesquisa
III.4	Conclusão clara e explícita quanto aos itens avaliados

211. Qual a diferença entre erros amostrais e erros não amostrais?

Resposta: O erro amostral é o erro causado por observar uma amostra em vez da população inteira. O erro não amostral é um termo abrangente para os desvios em relação ao valor real que não são uma função da amostra escolhida, incluindo vários erros sistemáticos e quaisquer erros aleatórios que não sejam causados pela amostragem. Assim, é difícil afirmar que em uma determinada pesquisa não foram verificados “erros não amostrais”.

O erro amostral é controlável por ações como:

- Técnicas de amostragem: optando por aquela que, no caso concreto, se revelar mais eficiente. Mediante a escolha de um processo de amostragem aleatória e o aumento do tamanho da amostra, pode-se assegurar a representatividade e associar os resultados com grau de confiança elevado.
- Estimadores: optando por aquele que for mais eficiente, isto é, com menor variabilidade.

O erro amostral é um erro aleatório, porque as estimativas se comportam aleatoriamente em torno do verdadeiro valor do parâmetro. Ou seja, não coincidem com o parâmetro, estando umas estimativas acima e outras abaixo deste, mas se concentram em torno de um valor central que coincide com o verdadeiro valor do parâmetro.

212. O que são os “sistemas de referência” citados no item 3.1 da Nota Técnica da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde?

Resposta: É uma listagem ou descrição completa das unidades amostrais, ou seja, dos indivíduos ou grupos de indivíduos da população aptos a serem selecionados na amostra.

213. Como é calculada a taxa de respondentes da pesquisa?

Resposta: A taxa de respondentes corresponde a razão do número de pessoas que responderam sobre o número de pessoas que foram contatadas para a pesquisa.

214. Como deve ser feita a demonstração da análise descritiva e a apresentação de tabelas contendo estimativas, para cumprimento do item 3.3 – j do documento técnico?

Resposta: Para o cumprimento do item 3.3 – j, será avaliado se o Relatório contendo os resultados da pesquisa conta com a apresentação e demonstração das análises para cada questão do questionário.

Para cada questão avaliada, deverá ser apresentada tabela contendo as estimativas, erros padrões e intervalo de confiança, com seu respectivo nível de confiança. Ou seja, o relatório deverá conter 10 análises e 10 tabelas (uma para cada pergunta mínima obrigatória estabelecida no Anexo I do Documento Técnico).

215. O que é uma análise descritiva?

Resposta: Uma análise descritiva deve ter por objetivo apresentar um resumo e mostrar o comportamento dos dados apurados. Pode ser feita através de tabelas de frequências, gráficos, medidas de resumo numérico, com a descrição de um texto com a interpretação entre outras formas.

Na apresentação dos resultados, a análise descritiva deverá contemplar na ordem estabelecida todas as opções de respostas constantes no questionário do Anexo I do Documento Técnico. Sendo assim, não é possível ocultar a quantidade e/ou o percentual de respostas obtida ou a representação gráfica de qualquer opção de resposta de cada uma das perguntas estabelecida no Anexo I deste Documento Técnico. Ou seja, com o objetivo de trazer comparabilidade entre os resultados de operadoras distintas, todas as opções de respostas de cada pergunta deverão constar na análise descritiva.

216. Existe alguma exigência da ANS para a contratação da Auditoria Independente da Pesquisa?

Resposta: O Documento Técnico da Pesquisa estabelece que seu item 4 os critérios para a Auditoria Independente. Em especial deverão ser observados os critérios de independência da auditoria estabelecidos no item 4.1 do Documento Técnico a fim de se evitar conflitos de interesses.

217. O que são Conflitos de Interesses?

Resposta: É o conjunto de circunstâncias em que se observa a probabilidade de que decisões ou quaisquer ações profissionais sejam influenciadas indevidamente (efetiva ou aparentemente) por um interesse secundário, alheio aos interesses e objetivo da pesquisa.

Conforme estabelecido no item 4 do Documento Técnico, no contrato de prestação de serviços de auditoria independente, deverá constar cláusula na qual o auditor independente se comprometa com os requisitos de independência dispostos no item 4.1. Além disso cabe ressaltar que o disposto no Documento Técnico não dispensa a verificação, por parte do envolvidos, de outras situações que possam afetar a independência dos serviços de auditoria.

218. O que são papéis de trabalho?

Resposta: Os papéis de trabalho constituem a documentação preparada pelo auditor ou fornecida a este na execução da auditoria independente. Eles integram um processo organizado de registro de evidências da auditoria, por intermédio de informações em papel, filmes, meios eletrônicos ou outros que assegurem o objetivo a que se destinam. Destinam-se a:

- a) ajudar, pela análise dos documentos de auditorias anteriores, ou pelos reunidos quando da contratação de uma primeira auditoria, no planejamento e execução da auditoria;
- b) facilitar a revisão do trabalho de auditoria; e
- c) registrar as evidências do trabalho executado, para fundamentar o parecer do auditor independente.

219. O que é o Termo de Responsabilidade da Pesquisa?

Resposta: Trata-se de um documento **único** que deverá conter a assinatura do responsável técnico pela pesquisa, estatístico, legalmente habilitado, com registro no Conselho Regional de Estatística, e detalhar, sempre que necessário, quaisquer observações que se façam necessárias. Também deverá conter a assinatura do Representante Legal da Operadora perante a ANS.

O Texto do Termo de Responsabilidade da Pesquisa já está definido no anexo III do Documento Técnico e **NÃO PODE** ser alterado.

O envio à ANS do Termo de Responsabilidade **COMPLETO**, conforme o anexo III do Documento Técnico, sem incoerências, sem rasuras e alterações é condição **ESSENCIAL** para a elegibilidade da Operadora na Pesquisa de Satisfação de Beneficiários. Sem o cumprimento dessa condição a análise da pesquisa não é iniciada na ANS. Assim, **NÃO** basta somente disponibilizar o Termo de Responsabilidade junto com os resultados e parecer de auditoria no portal da operadora na internet.

220. Até qual data a operadora pode encaminhar à ANS novos documentos relativos a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários do IDSS?

Resposta: As informações e eventuais retificações devem ser enviadas até a data de corte do IDSS. Após a data de corte não serão considerados novos documentos enviados pelas operadoras, nem mesmo na fase de questionamentos dos resultados preliminares. Aconselha-

se que a Operadora confira todos os itens antes do envio e concentre os documentos em um único envio. O envio de documentos subsequentes pode acarretar o extravio de alguma informação importante para a elegibilidade da pesquisa.

Ademais, o envio deve ser efetuado por uma única forma: ou via e-protocolo; ou via PTA; ou correios; ou protocolo nos Núcleos ou na Sede da ANS.

221. A divulgação da Pesquisa no “Carrossel” do portal da Operadora é válida?

Resposta: Carrossel em portais da internet normalmente são divulgações temporárias (rotativas) que aparecem com destaque. Assim a operadora deverá se atentar para que a pesquisa de satisfação mantenha-se disponível, em lugar de fácil acesso, até a divulgação do IDSS do ano subsequente.

222. O que é considerado um lugar (link) de fácil acesso no Portal da Operadora?

Resposta: Um link é uma referência a um documento que o leitor pode seguir diretamente e/ou intuitivamente ou que é seguido automaticamente.

O portal da operadora poderá ser acessado pelo público em geral (não apenas os beneficiários da operadora). Assim, estar disponível em um lugar de fácil acesso é estar em um link que não demande muitas interações do usuário. Aconselhamos que o acesso aos resultados da pesquisa não demande mais do que 3 interações (cliques) do usuário a partir da página inicial da operadora.

Ressaltamos que os arquivos **não devem ser disponibilizados em formato ZIP ou na “Nuvem”**.

223. Após a pontuação da Pesquisa no IDSS, a operadora pode retirar o material da pesquisa de seu portal?

Resposta: Não. O relatório final contendo os resultados da pesquisa de acordo com o estabelecido no item 3.3 e o parecer de auditoria independente de acordo com o estabelecido no item 4.2 do documento técnico para a realização da pesquisa de satisfação de beneficiários de planos de saúde deverão ser mantidos no portal da operadora na internet, em lugar de fácil acesso, até a divulgação do IDSS do ano subsequente.

224. Após 3 anos de análise de pesquisas, quais foram os principais erros/inconsistências encontradas pela ANS que invalidaram a elegibilidade de pesquisas à pontuação no IDSS?

Resposta: Após 3 anos a ANS mapeou que a grande maioria das pesquisas indeferidas apresentavam as seguintes irregularidades:

- Falta de envio do Termo de Responsabilidade da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários completo. O Termo é um documento único, formado pela parte do Estatístico e também pela parte do Representante legal da Operadora de Plano de Saúde;
- Falta de assinatura do Termo de Responsabilidade pela pesquisa pelo Estatístico e pelo Representante legal da Operadoras de Plano de Saúde;

- Informação de link de acesso para pesquisa incorreto ou sem acesso direto (formato ZIP ou Nuvem);
- Links acessíveis na forma de Carrossel, que após um período deixam de estar disponíveis no portal da operadora;
- Ausência de uma análise preliminar quanto a boa qualidade do cadastro de beneficiários e do registro de endereço de e-mail ou telefones de forma a atender às exigências de controle de tentativas de contato e registros de ocorrências,
- Não envio da tabela contendo os erros amostrais, erros não amostrais e Intervalo de Confiança por pergunta;
- Erros amostrais, erros não amostrais e Intervalo de Confiança muito discrepantes dos valores orientados no Documento Técnico da Pesquisa e na literatura acerca do assunto;
- Número total de beneficiários da operadora e de beneficiários maiores de 18 anos não informado;
- Número final de respondentes muito inferior ao número inicialmente estabelecido como tamanho para a amostra;
- Falta de informação a respeito das respostas “Não se aplica”;
- Falta de análise descritiva dos resultados por pergunta;
- Troca de ordem das opções de respostas e alteração do conteúdo das perguntas e respostas do questionário;
- Somatório das porcentagens relativas às opções de respostas diferente de 100%;
- Período de realização da pesquisa antes do prazo determinado no documento técnico (prazo para a realização da pesquisa relativa ao ano-base 2019 deverá ser a partir de julho/2019);
- Ausência de análise descritiva dos resultados para cada pergunta do questionário estabelecido no anexo I do Documento Técnico;
- Ausência da tabela constante no Documento Técnico item 3.3 – j contendo as estimativas, erros padrões e intervalo de confiança, com seu respectivo nível de confiança para cada pergunta do questionário estabelecido no anexo I do Documento Técnico.

3.6 – Autorização Prévia Anual para Movimentação da Carteira de Títulos e Valores Mobiliários (Bônus 10%)

225. A operadora que, em 31 de dezembro do ano base de cálculo do IDSS, tiver autorização prévia anual da ANS para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários terá direito ao bônus no IDSM se tiver essa autorização suspensa antes da data de processamento do IDSS?

Resposta: Não. Se entre 31 de dezembro do ano base do cálculo do IDSM e a data de processamento do IDSS a operadora tenha a autorização de movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários suspensa, esta não será elegível à pontuação bônus no IDSM.

3.7 – Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos

226. Qual o objetivo do indicador 3.7, relativo ao Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos?

Resposta: O presente indicador visa avaliar a dispersão de reajustes aplicados a contratos coletivos na carteira da operadora e o distanciamento do reajuste médio da operadora em relação à média do setor.

227. Por que o indicador 3.7, relativo ao Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos, apresenta em seu método de cálculo duas parcelas separadas?

Resposta: Trata-se de um indicador com análise combinada, cujo objetivo é estimular que as operadoras de planos privados de assistência à saúde busquem eficiência, precifiquem seus contratos adequadamente e exerçam maior nível de mutualismo nos reajustes praticados. Assim, a primeira parte do indicador avalia o distanciamento da média ponderada dos reajustes aplicados em contratos coletivos em relação à média ponderada do setor; e a segunda parte avalia a dispersão dos reajustes aplicados pela operadora.

228. Como é a meta para o indicador 3.7, relativo ao Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos?

Resposta: A meta estabelecida para o indicador 3.7, relativo ao Índice de Reajuste Médio Ponderado aplicado aos Planos Coletivos, é atingir conjuntamente uma média ponderada de reajustes aplicados em planos coletivos, menor ou igual ao reajuste de referência informados pelas operadoras no sistema RPC - Reajuste de Planos Coletivos e um valor do coeficiente de variação inferior a 0,15. O índice de referência do sistema RPC é calculado com base na média ponderada dos reajustes dos contratos coletivos comunicados pelo mercado.

229. Dado a estrutura de cálculo do indicador 3.7, relativo ao Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos, onde o método de cálculo apresenta 2 parcelas e a meta é conjunta, como é apurada a pontuação final da Operadora?

Resposta: A pontuação final do indicador 3.7, relativo ao Índice de Reajuste Médio Ponderado aplicado aos Planos Coletivos, é apurada a partir do peso de 50% para cada componente de cálculo (a primeira parte do indicador onde é avaliado o distanciamento da média ponderada dos reajustes aplicados em contratos coletivos da operadora em relação ao setor; e a segunda parte onde é avaliada a dispersão dos reajustes aplicados pela operadora).

230. Caso a operadora só tenha realizado um comunicado de reajuste de plano coletivo no ano-base, como se dará o cálculo do indicador 3.7 - Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos?

Resposta: Como não é possível calcular o coeficiente de variação da segunda parte do indicador quando o total de comunicados é igual a um (N=1), será atribuído 100% do peso da pontuação final do indicador 3.7, relativo ao Índice de Reajuste Médio Ponderado aplicado aos Planos Coletivos ao primeiro componente do cálculo (a primeira parte do indicador onde é avaliado o distanciamento da média ponderada dos reajustes aplicados em contratos coletivos da operadora em relação ao setor).

231. Caso a média do reajuste anual da operadora seja zero, como se dará o cálculo do indicador 3.7-Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos?

Resposta: Como, matematicamente, não é possível calcular o coeficiente de variação quando a média é zero, o segundo componente do indicador não poderá ser apurado. Neste caso, será atribuído 100% do peso da pontuação final do indicador 3.7, relativo ao Índice de Reajuste Médio Ponderado aplicado aos Planos Coletivos ao primeiro componente do cálculo (a primeira parte do indicador onde é avaliado o distanciamento da média ponderada dos reajustes aplicados em contratos coletivos da operadora em relação ao setor).

232. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 3.7 - Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Critica	Prioridade	Cálculo
OPS não possui beneficiários em planos coletivos no ano-base	1	Não se aplica
OPS com beneficiários unicamente em produtos pós-estabelecido ou misto ou em planos antigos	2	Não se aplica
OPS não possui comunicados no ano-base	3	Inconsistente

4.1. – Índice Composto de Qualidade Cadastral

233. No IDSS, o que é o indicador 4.1 – Índice Composto de Qualidade Cadastral?

Resposta: É uma medida da qualidade dos dados cadastrais de beneficiários de uma Operadora, relativa aos campos de identificação do beneficiário e de identificação do plano ao qual está vinculado, conforme seu cadastro no Sistema de Informações de Beneficiário – SIB.

234. Qual a metodologia adotada para o cálculo do indicador 4.1 do IDSS, referente ao Índice Composto de Qualidade Cadastral (SIB)?

Resposta: É feita a soma do número de beneficiários ativos no cadastro de beneficiários da operadora na ANS “validados”, com planos identificados e com CNS válido, com o número de beneficiários dependentes menores também “validado”, com planos identificados e com CNS válido. Posteriormente, esse resultado é dividido pelo total de beneficiários ativos da Operadora no Sistema de Informações de Beneficiários - SIB.

235. Qual o período de Cálculo do indicador 4.1 do IDSS, referente ao Índice Composto de Qualidade Cadastral (SIB)?

Resposta: Os dados considerados para o cálculo são referentes à última competência atualizada do SIB no momento do congelamento das tabelas, na data de corte do programa.

236. Qual a definição de cada fator do cálculo do indicador 4.1 do IDSS, referente ao Índice Composto de Qualidade Cadastral (SIB)?

Resposta:

- **Número de Beneficiários ativos no cadastro de beneficiários da operadora na ANS “validados”, com planos identificados e com CNS válido:**

Registros Validados (Titular, Dependente Maior ou Dependente Menor).

Considera-se o registro VALIDADO quando, em confronto com a base da Receita Federal, é verificada uma das situações abaixo:

- O CPF, o nome completo e a data de nascimento são idênticos;
 - O CPF, o primeiro nome e o último nome e a data nascimento são idênticos; ou
 - O CPF, o primeiro nome, o nome do meio e a data de nascimento são idênticos;
 - O CPF e data de nascimento são idênticos aos preenchidos na base da Receita Federal, e o primeiro e o último nome do beneficiário são iguais ao primeiro nome e nome do meio, ou o primeiro nome e nome do meio são iguais ao primeiro e último nome do beneficiário.
- **Número de Beneficiários dependentes menores ativos no cadastro de beneficiários da operadora na ANS “validado” (quando da ausência de CPF), com planos identificados e com CNS válido:**

Considera-se beneficiário dependente menor identificado quando o registro está preenchido com todos os campos abaixo:

- Código de identificação do beneficiário;
- Nome do beneficiário;
- Data de nascimento;
- Código do beneficiário titular;
- Nome da mãe;
- Código do sexo igual a 1 (masculino) ou igual a 3 (feminino); e
- Cartão Nacional de Saúde.

- Planos identificados

Campo “PLANO (RPS)” ou Campo “PLANO (SCPA)” do beneficiário no cadastro de beneficiários da operadora na ANS preenchido com o número/código do plano que consta na tabela de registro de planos vinculada à operadora.

- CNS válido

Campo “CNS” do beneficiário no cadastro de beneficiários da operadora na ANS preenchido com o CNS do próprio beneficiário; caracteres numéricos, com 15 posições, observando-se que os zeros não significativos fazem parte do CNS; e validado pelo dígito verificador correspondente.

- Beneficiários ativos da operadora no Cadastro de Beneficiários na ANS: Todos os beneficiários da operadora existentes no Cadastro de Beneficiários na ANS cujo contrato do respectivo plano está em vigor.

237. Em que situação a operadora é bonificada no indicador 4.1 do IDSS, referente ao Índice Composto de Qualidade Cadastral (SIB)?

Resposta: Será acrescido à pontuação obtida pela Operadora no Indicador Percentual de Qualidade Cadastral, 0,05 ponto quando o percentual de Beneficiários Menores Validados no Cadastro de Beneficiários da Operadora na ANS encontrar-se entre 80% e 90% (incluindo-se esses limites percentuais); e 0,1 ponto quando o percentual de Beneficiários Menores Validados no Cadastro de Beneficiários da Operadora na ANS encontrar-se acima de 90%.

238. Quando não será calculado o indicador 4.1 do IDSS, referente ao indicador Índice Composto de Qualidade Cadastral (SIB)?

Resposta: O Indicador Percentual de Qualidade Cadastral não será calculado caso a Operadora possua no Cadastro de Beneficiários mais de 5% de CPF repetidos e/ou CNS repetidos.

Número de CPF repetidos: Refere-se ao total de números de CPF com uma ou mais repetições vinculadas a um mesmo plano, exceto os registros que possuem CPF, nome completo e data de nascimento idênticos aos da base de dados da Receita Federal. Considera-se repetição quando um número de CPF aparece mais de uma vez vinculado a um mesmo plano.

Número de CNS repetidos: Refere-se ao total de números de CNS, de registros ativos, com três ou mais repetições na base de registros ativos da Operadora, exceto os registros que possuem CPF, nome completo e data de nascimento idênticos aos da base de dados da Receita Federal. Considera-se repetição quando um número de CNS aparece mais de três vezes na base de registros ativos da Operadora.

239. A ANS disponibiliza nos Relatórios de Diagnóstico da Qualidade Cadastral quais são os beneficiários não identificados (não validados)?

Resposta: Sim. Lembrando que os relatórios de diagnóstico da qualidade cadastral são ferramentas disponibilizadas pela ANS às operadoras para auxiliar e facilitar a localização de inconsistências em seus registros de beneficiários, sem, entretanto, ter o condão de ser o norteador definitivo da adequação da base de dados fornecida à Agência Reguladora. Assim, é muito importante destacar que a operadora – para cumprir suas obrigações regulatórias – deve ficar atenta ao resultado do processamento de envio do SIB à ANS, por meio dos arquivos RPX (arquivos de resultado de processamento), cuja função é extensamente abarcada na Seção II da Resolução Normativa – Resolução Normativa nº 295, de 9 de maio de 2012 – alterada pela RN nº 445, de 19 de julho de 2019 –, e Instrução Normativa DIDES nº 50, de 25 de setembro de 2012 – alterada pela IN DIDES nº 69, de 19 de julho de 2019. Ademais, a ANS disponibiliza a possibilidade de a operadora solicitar o arquivo CNX (arquivo de conferência), o qual detalha sua base de beneficiários na ANS, também objeto da referida Resolução Normativa. A utilização, pela operadora, destes dois arquivos é atividade indispensável para cumprir suas obrigações e, desta forma, manter-se regular diante da regulamentação vigente e adequada ao monitoramento da ANS (atividades fiscalizatórias, IDSS, etc).

240. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 4.1 Índice Composto de Qualidade Cadastral (SIB)?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	1	Inconsistente
OPS apresenta mais de 5% de CPF repetidos e/ou CNS repetidos no cadastro de beneficiários	2	Inconsistente
A OPS possui no Cadastro de Beneficiários 5% ou mais de beneficiários em planos registrados para outra operadora.	3	Inconsistente
OPS com denominador zero para o indicador e regularidade de encaminhamento anual do SIB de pelo menos 11 arquivos	4	Não se aplica

4.2 – Taxa de Utilização do SUS

241. Quanto ao indicador 4.2 do IDSS, referente à Taxa de Utilização do SUS, serão considerados todos os atendimentos notificados no ano de 2019 para calcular o seu numerador (numerador da fórmula – NUT)?

Resposta: Não. Serão considerados os atendimentos dos ABIs que as competências lançadas no ano de 2019, ou seja, os eventos notificados nos ABIs 74º, 75º, 76º, 77º, 78º e 79º.

242. Para o indicador 4.2 do IDSS, referente à Taxa de Utilização do SUS, por qual razão será necessário ajustar, através do cálculo da estimativa baseada no histórico de Ressarcimento, a quantidade total de atendimentos identificados em 2019 (numerador da fórmula – NUT)?

Resposta: Em geral, considerando que as operadoras realizam impugnações e recursos dos atendimentos identificados e, conseqüentemente, uma parte dos atendimentos é deferida pela ANS após análise em 1ª ou 2ª instância, não seria correto considerar estes atendimentos em sua integralidade. Com isso, torna-se necessário realizar o ajuste do numerador.

243. Para o indicador 4.2 do IDSS, referente à Taxa de Utilização do SUS, a estimativa de indeferimento das operadoras (fator de ajuste do numerador da fórmula – NUT) será aplicada sobre a quantidade total de atendimentos identificados ao longo do ano de 2019?

Resposta: Não. O Índice de Indeferimento Geral será aplicado apenas para os atendimentos impugnados pelas operadoras, independentemente do status de análise dos mesmos. Sendo assim, o numerador (NUT) será calculado através da soma de dois componentes (Atendimentos não impugnados + Atendimentos Impugnados), sendo ambos referentes aos atendimentos identificados dos ABIs 74º, 75º, 76º, 77º, 78º e 79º.

244. Para o indicador 4.2 do IDSS, referente à Taxa de Utilização do SUS, como será calculada a estimativa de indeferimento das operadoras (Taxa de Indeferimento Geral – NUT)?

Resposta: Como se espera que parte dos eventos avisados em 2019 sejam indeferidos quando analisados, será realizada uma estimativa a partir da série histórica dos três anos mais recentes disponíveis da taxa de indeferimento por operadora. A utilização de três anos é estatisticamente suficiente para a identificação de um padrão de comportamento da operadora necessária para o cálculo da estimativa.

A cada novo ano-base será calculada nova estimativa de indeferimentos por operadora considerando os anos mais recentes, desse modo contemplando a eventual mudança de padrão da operadora.

A estimativa dos indeferimentos é realizada utilizando-se a média aritmética dos percentuais de indeferimentos dos três anos anteriores ao ano-base. Sendo assim, para o ano-base de 2019, a estimativa de indeferimentos irá considerar as taxas de indeferimento dos ABIs lançados nos anos de 2016 (ABI 56º ao ABI 58º), 2017 (ABI 59º, 61º, 63º e 65º) e 2018 (ABI 67º, 69º, 71º e 73º), conforme apresentado na Ficha Técnica do indicador.

245. Para o indicador 4.2 do IDSS, referente à Taxa de Utilização do SUS, como será calculada a média de beneficiários das operadoras (denominador da fórmula – BENEFE)?

Resposta: O cálculo da média de beneficiários deverá utilizar o ano de competência dos ABIs lançados em 2019, considerando-se apenas os ABIs referentes aos últimos períodos de competências sucessivas (representando um ano de identificação). Portanto, para 2019 serão considerados os ABIs 74, 75, 76, 77, 78 e 79. Com isso, no denominador da fórmula (Benef) será calculada a média dos beneficiários por operadora nas competências de 04/2017 a 03/2018.

246. Após calculado o indicador 4.2 do IDSS, referente à Taxa de Utilização do SUS, as operadoras com utilização igual ou inferior a 2% automaticamente receberão nota máxima neste indicador?

Resposta: Não. A pontuação final das operadoras neste indicador será consequência da ordenação e classificação das taxas de utilização de todas as operadoras, da seguinte maneira:

- Operadoras classificadas no percentil 80, isto é, o grupo de operadoras que representem 80% das operadoras notificadas pela ANS em 2019 e que apresentem as menores Taxas de Utilização. Estas operadoras receberão nota máxima (pontuação = 1);

- Operadoras classificadas acima do percentil 97,5 não pontuarão neste indicador, recebendo, portanto, nota zero;

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

A regra não classifica automaticamente as operadoras com taxa de utilização inferior à 2% no percentil 80, não aplicando nesse caso nota máxima neste indicador (pontuação = 1). Como a distribuição das taxas de utilização será reflexo do desempenho de todas as operadoras ao longo de determinado ano-base, o recorte é variável. Por exemplo, caso 80% das operadoras apresentem uma taxa de utilização inferior à 1,5%, existirão operadoras com taxa de utilização menor que 2% com nota inferior à nota máxima.

Vale ressaltar que operadoras que não apresentarem beneficiários identificados no ressarcimento ao SUS no ano de análise receberão nota máxima (1).

247. Para o indicador 4.2 do IDSS, referente à Taxa de Utilização do SUS, os beneficiários de plano odontológico também serão considerados no indicador?

Resposta: Não. Apenas os beneficiários de planos de assistência médica serão considerados no cálculo.

248. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 4.2 Taxa de Utilização do SUS?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a

prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

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

4.3 – Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar -TISS

249. Como é o calculado o indicador 4.3 - Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS?

Resposta: O método de cálculo consiste na relação entre o total do Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde no Padrão TISS com seus beneficiários e o total do valor em Reais da despesa assistencial informada no DIOPS com seus beneficiários. Destaca-se que do total do valor informado em Reais dos eventos de atenção à saúde no Padrão TISS com seus beneficiários deve-se descontar os valores informados das guias cujo atendimento tenha sido prestado por operadora intermediária em regime de corresponsabilidade pela gestão dos riscos de forma continuada (corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento de beneficiários conforme o disposto no inciso I do art. 3º, art. 5º e seu parágrafo único, e art. 17 da RN ANS nº 430/2017).

250. Quais fontes de dados serão utilizadas no denominador do indicador 4.3 - Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS)?

Resposta: Serão utilizados como fonte de dados para o denominador: Cadastro de Operadoras (CADOP/ANS); Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS - Plano de Contas Padrão para as operadoras de planos de assistência à saúde. Referências: Resolução Normativa nº 435 de 23 de novembro de 2018 que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde e; e Resolução Normativa nº 418 de 26 de dezembro de 2016 que dispõe sobre a versão XML (*Extensible Markup Language*) do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS.

251. Estou em dia com as obrigações periódicas de minha operadora, porém o resultado do indicador 4.3 do IDSS, referente à Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS, não reflete essa situação e o resultado é menor do que 1.

Resposta: A Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar - TISS é medida através da razão entre o total do Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde enviados pela operadora à ANS, incorporados ao seu Banco de Dados, e o valor total em Reais dos Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados de Assistência à Saúde, exceto as despesas com o Sistema Único de Saúde – SUS e Recuperações, informado no DIOPS/ANS. Quanto mais próximos esses valores estiverem entre si, mais próxima de 1 (um) estará a razão entre eles portanto, mais próximos da completude estarão os dados da operadora incorporados ao Banco de Dados da ANS.

252. Para o indicador 4.3 do IDSS, referente à Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS, quais valores considerados e como será realizado o processo de comparação entre os dados do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS e do Envio de Dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar - TISS à ANS?

Resposta: Para essa comparação será considerada a relação entre a soma dos valores informados no TISS de acordo com as legendas da mensagem do Componente de Conteúdo e Estrutura do Padrão TISS vigente; <http://www.ans.gov.br/prestadores/tiss-troca-de-informacao-de-saude-suplementar>; enviados pela operadora incorporados ao banco de dados da ANS e o valor total das Despesas com EVENTOS/ SINISTROS CONHECIDOS OU AVISADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, nas modalidades de pagamento por procedimento, outras formas de pagamento que não por procedimento e Despesas com Eventos/Sinistros na esfera Judicial, informado no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS, exceto as despesas com o Sistema Único de Saúde – SUS e Recuperações. As contas dessas despesas consideradas no DIOPS para comparação com o valor informado no TISS são:

411111011; 411111017; 411111021; 411111027; 411111031; 411111037; 411111041;
411111047; 411111051; 411111057; 411111061; 411111067; 411112031; 411112037;
411112041; 411112047; 411112051; 411112057; 411112061; 411112067; 411121011;
411121017; 411121021; 411121027; 411121031; 411121037; 411121041; 411121047;
411121051; 411121057; 411121061; 411121067; 411122031; 411122037; 411122041;
411122047; 411122051; 411122057; 411122061; 411122067; 411211011; 411211021;
411211031; 411211041; 411211051; 411211061; 411212031; 411212041; 411212051;
411212061; 411221011; 411221021; 411221031; 411221041; 411221051; 411221061;
411222031; 411222041; 411222051; 411222061; 411311011; 411311021; 411311031;
411311041; 411311051; 411311061; 411312031; 411312041; 411312051; 411312061;
411321011; 411321021; 411321031; 411321041; 411321051; 411321061; 411322031;
411322041; 411322051; 411322061; 411411011; 411411017; 411411021; 411411027;
411411031; 411411037; 411411041; 411411047; 411411051; 411411057; 411411061;
411411067; 411412031; 411412037; 411412041; 411412047; 411412051; 411412057;
411412061; 411412067; 411421011; 411421017; 411421021; 411421027; 411421031;
411421037; 411421041; 411421047; 411421051; 411421057; 411421061; 411421067;
411422031; 411422037; 411422041; 411422047; 411422051; 411422057; 411422061;
411422067; 411511011; 411511021; 411511031; 411511041; 411511051; 411511061;
411512031; 411512041; 411512051; 411512061; 411521011; 411521021; 411521031;
411521041; 411521051; 411521061; 411522031; 411522041; 411522051; 411522061;
411711011; 411711017; 411711021; 411711027; 411711031; 411711037; 411711041;

411711047; 411711051; 411711057; 411711061; 411711067; 411712031; 411712037;
411712041; 411712047; 411712051; 411712057; 411712061; 411712067; 411721011;
411721017; 411721021; 411721027; 411721031; 411721037; 411721041; 411721047;
411721051; 411721057; 411721061; 411721067; 411722031; 411722037; 411722041;
411722047; 411722051; 411722057; 411722061; 411722067; 411911011; 411911017;
411911021; 411911027; 411911031; 411911037; 411911041; 411911047; 411911051;
411911057; 411911061; 411911067; 411912031; 411912037; 411912041; 411912047;
411912051; 411912057; 411912061; 411912067; 411921011; 411921017; 411921021;
411921027; 411921031; 411921037; 411921041; 411921047; 411921051; 411921057;
411921061; 411921067; 411922031; 411922037; 411922041; 411922047; 411922051;
411922057; 411922061; 411922067.

Dessas contas é descontado o valor total contabilizado a título de despesas assistenciais incorridas com beneficiários de outras operadoras em regime de corresponsabilidade pela gestão dos riscos de forma continuada (corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento de beneficiários conforme o que dispõe a RN 435/2018 sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde).

Ou seja, o indicador permite medir a completude e inferir a qualidade do envio de dados do Padrão TISS da operadora para a ANS. A completude do envio de dados incorporados é medida através da razão entre o total do Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde enviados pela operadora à ANS, incorporados ao seu Banco de Dados, e o valor total em Reais dos Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados de Assistência à Saúde, nas modalidades de pagamento por procedimento, outras formas de pagamento que não por procedimento e Despesas com Eventos/Sinistros na esfera Judicial, informado no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS, exceto o valor total contabilizado a título de despesas assistenciais incorridas com beneficiários de outras operadoras em regime de corresponsabilidade pela gestão dos riscos de forma continuada, exceto as despesas com o Sistema Único de Saúde – SUS e Recuperações, informado no DIOPS/ANS. Quanto mais próximos esses valores estiverem entre si, mais próxima de 1 (um) estará a razão entre eles, portanto, mais próximos da completude estarão os dados do Padrão TISS da operadora incorporados ao Banco de Dados da ANS. Esses valores podem ser acompanhados pela operadora através do Relatório de Batimento TISS/DIOPS do período de acesso no site da ANS, na Central de Relatórios, em Central de Relatórios em <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/compromissos-e-interacoes-com-ans/solicitacoes-e-consultas>; no site da ANS.

253. Para o indicador 4.3 do IDSS, referente à Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS, há diferença entre a competência evento informada no TISS e a competência em que o evento é contabilizado pela operadora?

Resposta: Não. A competência informada no TISS deve ser a mesma em que o evento foi reconhecido contabilmente pela operadora.

A competência informada no TISS é referente à data do protocolo da cobrança – data em que a operadora recebeu o lote de cobrança com a guia principal da conta enviada pelo prestador.

254. Como é frequente mais de um lançamento para a mesma guia como será considerado esses registros incorporados para a comparação com o DIOPS no cálculo do indicador 4.3 do IDSS, referente à Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS? Será considerado apenas os valores apresentados no último lançamento incorporado dentro de cada competência? Ou todos os lançamentos?

Resposta: Será considerado o valor informado do primeiro lançamento da guia incorporado ao banco de dados da ANS.

255. No indicador 4.3 do IDSS, referente à Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS, nos casos em que há necessidade de realizar exclusões e novos envios de lançamentos, esses procedimentos não irão acarretar diferenças nos valores que serão comparados com os valores do DIOPS, tendo em vista que tais situações podem ocorrer em competências diferentes, em diferentes anos contábeis?

Resposta: O resultado do indicador pode ficar comprometido, dependendo do volume de lançamentos excluídos não substituídos por inclusões no mesmo ano de avaliação do indicador, até a data de corte estabelecida para o cálculo dos indicadores do IDSS.

256. Todas as operadoras serão avaliadas no indicador 4.3 Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS)?

Resposta: Não. Conforme determina o parágrafo segundo do artigo terceiro da Resolução Normativa nº 173 de 11 de julho de 2008 “§ 2º As autogestões que operam por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado ficam dispensadas do cumprimento do disposto no § 1º.”. Ou seja, o indicador não é aplicável ao grupo de operadoras da modalidade de Autogestão que operam por meio de seu departamento de Recursos Humanos, uma vez que não têm a obrigação do envio da parte econômico financeira do DIOPS anualmente.

257. No cálculo do IDSS, para as cooperativas médicas e odontológicas as contas relacionadas na ficha técnica do indicador Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS) podem ter o sétimo dígito variável (ou seja, diferente de zero)?

Resposta: Sim, tanto as cooperativas médicas quanto odontológicas podem informar no 7º dígito valores diferentes de “ZERO”, conforme item 3.1, Capítulo I, do Anexo da RN nº 290, de 2012, e alterações. Os valores lançados nestas contas são considerados para totalização das despesas assistenciais no DIOPS.

258. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 4.3) Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS)?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após

a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
Autogestão por RH.	1	Não se aplica
OPS não enviou o 4º trimestre do DIOPS.	2	Inconsistente
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	3	Inconsistente
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base_x000D_	4	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	5	Inconsistente
A OPS não teve lançamento incorporado ao banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	6	Inconsistente
OPS não tem valor informado no TISS e tem despesa assistencial > zero no DIOPS	7	Inconsistente
OPS não tem despesa assistencial no DIOPS e tem valor informado no TISS > zero	8	Inconsistente
Operadora não tem valor informado no TISS e não tem despesa assistencial informada no DIOPS	9	Não se aplica

4.4 – Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde

259. Existe a possibilidade de ser disponibilizada a prévia dos valores dos percentis utilizados na pontuação do indicador 4.4 do IDSS, referente à Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde?

Resposta: Não. Os percentis (P15 e P85) dependem dos resultados de todas as operadoras e só são disponibilizados na divulgação preliminar dos resultados do IDSS ano-base 2019 para cada operadora. Para o indicador 4.4 será feita a diferenciação dos percentis do setor por segmentação (grupo MH ou OD), uma vez que os dois ramos apresentam comportamentos diferentes.

260. Quando houver atendimento por meio de uma operadora intermediária, ou atendimentos de rede própria de mesmo CNPJ, os valores glosados destas Guias também deverão ser considerados no indicador 4.4 do IDSS, referente à Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde?

Resposta: Não. Em ambos os casos os valores glosados destas guias não serão considerados no cálculo do indicador.

261. As glosas, quando ocorridas na forma de reembolso, serão consideradas no cálculo do indicador 4.4 – Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde?

Resposta: Não. As guias TISS com origem = 4 (reembolso) serão excluídas do cálculo do indicador 4.4 – Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde, uma vez que este indicador visa representar a relação entre os valores cobrados pelos prestadores de serviços de atenção à saúde às operadoras de planos de saúde e as glosas aplicadas a eles, assim como a relação entre a quantidade de prestadores com glosas e o total de prestadores com os quais a operadora promoveu troca de informações no Padrão TISS no período selecionado. Dessa forma, as guias originadas das solicitações de reembolso feitas pelos beneficiários da operadora não devem ser consideradas, pois este tipo de guia não reflete a relação da operadora com os prestadores de serviços de sua rede assistencial (contratados, referenciados, credenciados, cooperados).

262. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 4.4 – Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	1	Inconsistente
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base	2	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente
A OPS não teve lançamento incorporado ao banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	4	Inconsistente
OPS possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não é autogestão por RH	5	Inconsistente
OPS informou zero glosa no TISS e informou glosa maior que zero no DIOPS	6	Inconsistente

4.5 – Proporção de Diagnósticos Inespecíficos nos Eventos de Internação Preenchidos nas Guias TISS (Bônus 10%)

263. A operadora não é obrigada a preencher o Código Internacional de Doenças – CID nas guias TISS. Como serão avaliadas no IDSS, se não houver o preenchimento?

Resposta: Pelo fato de o código CID não ser uma informação obrigatória, o indicador 4.5 do IDSS é um bônus, e aumenta em 10% a nota da dimensão IDGR, caso a operadora apresente menos de 30% de suas guias de eventos de internação preenchidas com códigos inespecíficos. Com o indicador 4.5 pretende-se aprimorar a qualidade das informações. Assim, como se trata de um bônus na dimensão IDGR, a operadora não será prejudicada caso o seu resultado seja maior que 30%.

264. Quais são as críticas aplicadas ao cálculo do indicador 4.5 Proporção de Diagnósticos Inespecíficos nos Eventos de Internação Preenchidos nas Guias TISS?

Resposta: As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador, ou inconsistência de dados para seu cálculo.

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que durante o processamento, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Cálculo
A OPS não tem beneficiários em planos com segmentação hospitalar	1	Não se aplica
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	2	Inconsistente
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base	3	Não se aplica
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	4	Inconsistente
A OPS não teve lançamento incorporado ao banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente
OPS possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não é autogestão por RH	6	Inconsistente
A OPS não informou eventos de internação no período analisado	7	Inconsistente
A OPS não possui eventos de internação com CID preenchido	8	Não se aplica