

PERGUNTAS E RESPOSTAS

Índice de Desempenho da Saúde Suplementar 2018 (IDSS ano-base 2017)

Julho/2019

GEEIQ/DIDES/ANS

Sumário

IDSS - Geral	4
TISS.....	6
MÉTODOS ESTATÍSTICOS DE PADRONIZAÇÃO	9
Programa de Operadora Acreditada (Pontuação Base de 0,15 a 0,09)	11
1 – Indicadores da Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde – IDQS	12
1.1 – Proporção de Parto Cesáreo	12
1.2 – Taxa de Consultas de Pré-Natal.....	15
1.3 – Taxa de Citopatologia Cérvico- Vaginal Oncótica.....	17
1.4 – Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos.....	18
1.5 – Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos	20
1.6 – Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiários de 0 a 4 Anos.....	21
1.7 – Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada.....	21
1.8 – Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Cárie.....	24
1.9 – Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Periodontia	25
1.10 – Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças – Bônus.....	26
1.11 – Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS.....	28
2 – Indicadores da Dimensão Garantia de Acesso – IDGA.....	30
2.1 – Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário	30
2.2 – Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idoso	34
2.3 – Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas	35
2.4 – Taxa de Primeira Consulta ao Dentista por Beneficiário por Ano.....	41
2.5. – Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica	41
2.6. – Frequência de Utilização de Redes de Hospitais, SADT e Consultórios com Atributo de Qualidade	47
3 – Indicadores da Dimensão Sustentabilidade no Mercado – IDSM	49
3.1. – Índice de Recursos Próprios	49
3.2. – Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar	50
3.3. – Índice Geral de Reclamação	50
3.4. – Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos.....	51
3.5 – Pesquisa de Satisfação de Beneficiários.....	52
3.6 – Autorização Prévia Anual para Movimentação da Carteira de Títulos e Valores Mobiliários (Bônus 10%)	53
4 – Indicadores da Dimensão Gestão de Processos e Regulação – IDGR.....	54
4.1. – Índice Composto de Qualidade Cadastral	54
4.2 – Taxa de Utilização do SUS	56

4.3 – Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar -TISS	59
4.4 – Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde.....	61
4.5 – Proporção de Diagnósticos Inespecíficos nos Eventos de Internação Preenchidos nas Guias TISS (Bônus 10%)	62

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, obedecido os critérios estabelecidos na ficha técnica e o nível de acreditação obtido:

Nível I: 0,15

Nível II: 0,12

Nível III: 0,09

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

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.

$$\text{ID} = \frac{\text{ID}_1 * \text{P}_1 + \text{ID}_2 * \text{P}_2 + \dots + \text{ID}_n * \text{P}_n}{\text{P}_1 + \text{P}_2 + \dots + \text{P}_n}$$

ID = Índice de desempenho da dimensão

ID₁ = Índice de desempenho do indicador 1

P_1 = Peso do Indicador 1
 ID_2 = Índice de desempenho do indicador 2
 P_2 = 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)?

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, obedecido 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)?

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

$$(Pontuação Base + ID) \leq 1$$

Pontuação base: pontuação base (fixa) especificamente para cada operadora, obedecido 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 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 têm 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. 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).

6. Por que alguns indicadores da operadora não apresentam resultado?

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

TISS

7. Alguns indicadores do IDSS 2018 (ano base 2017) 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 do IDSS 2018 (Ano-Base 2017) 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 TISS elencados na ficha técnica do indicador.

8. 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.

9. 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 do indicador.

Se mais de 30% 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; 1.5 – Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos; 1.9 – Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal.

10. 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?

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 2017, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida.

Motivo 2: CNS inválidos ou inexistentes no SIB.

Se mais de 30% 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: 1.2, 1.5, 1.9.

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

Conforme estabelecido na IN 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, 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 no banco de dados.

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.

11. O Código da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO é um dado utilizado no cálculo de muitos indicadores. Tem sido comum as operadoras informarem no campo 035 “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, tornando 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.

12. 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.

13. 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.

14. 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.

15. 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: As guias que compõem uma internação são agrupadas, através do Número de Solicitação de Internação, para formar o evento de internação. Se a operadora encaminhar guias sem esta “chave” ou com problemas nessa informação, a formação do evento de internação pode se tornar inviável.

16. 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 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.

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 quais competências dessa base de dados serão utilizadas para o cálculo dos indicadores do ano-base 2017?

Resposta: Serão utilizadas as competências de janeiro a dezembro de 2017 enviadas até a data de corte do programa. 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 2017, será necessário retroagir às guias de consultas das beneficiárias univocamente identificadas em até 42 semanas antes de 01/janeiro/2017 (de abril/2016 a dez/2016).

18. Como a Operadora pode avaliar as informações do Padrão para Troca de Informações em Saúde Suplementar - TISS que estão na base da ANS?

Resposta: Através dos arquivos de Retorno e do Relatório de Incorporação na ANS dos dados do TISS, ambos 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>.

19. 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)?

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.

20. 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

21. 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?

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.

22. Em quais indicadores poderão ser aplicados os métodos de padronização?

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

Indicador	Método de Padronização
1.4 - Taxa de Internação por fratura de fêmur em idosos	Padronização direta por Faixa Etária e Sexo; e Bayes Empírico
1.7 - 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

Programa de Operadora Acreditada (Pontuação Base de 0,15 a 0,09)

23. Como saber se a operadora é ou não acreditada?

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 2017 (ou seja, prazo de validade da certidão com início ou fim compreendido entre 01/01/2017 e 31/12/2017) recebem pontos diretamente no IDSS, de acordo com o nível da acreditação.

Nível I: 0,15

Nível II: 0,12

Nível III: 0,09

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

24. 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 do IDSS
Nível I: 0,15 do IDSS	1,000
Nível II: 0,12 do IDSS	0,800
Nível III: 0,09 do IDSS	0,600
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.

25. A pontuação referente ao Programa de Operadora Acreditada é absoluta ou é um percentual a ser aplicado na nota geral do IDSS Ano-base 2017?

Resposta: Conforme descrito na Ficha Técnica do Programa de Qualificação de Operadoras 2018 (ano base 2017), 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 0,15. Se nível II, seu IDSS será de 0,12. Ou, então, se Nível III, seu IDSS será de 0,09.

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).

1.1 – Proporção de Parto Cesáreo

26. O denominador utilizado para cálculo do indicador 1.1. Proporção de Parto Cesáreo é descrito na ficha técnica como: Total de partos (normais + cesáreos) em beneficiárias. Os partos múltiplos também não deveriam ser considerados no cálculo?

Resposta: Para o cálculo do indicador 1.1 - Proporção de Parto Cesáreo, são considerados os seguintes códigos:

31309054 - SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO / PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS / Cesariana (feto único ou múltiplo)

31309127 - SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO / PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS / Parto (via vaginal) – refere-se a feto único ou o primeiro feto do parto múltiplo.

31309208 - SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO / PARTO CESARIANO E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS / Cesariana com histerectomia

Já o código 31309135 - SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO / PARTOS E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS / Parto múltiplo por via vaginal (cada um subsequente ao inicial) é utilizado para registro e pagamento dos demais fetos, pois o primeiro já foi registrado no código 31309127 (parto vaginal). Portanto, a fim de obter-se uma proxy do total de nascidos vivos, considerou-se o código 31309135 no cômputo do denominador. Logo, o parto múltiplo (procedimento no qual nascem dois ou mais conceitos, frutos da mesma gravidez) também será considerado no denominador para o cálculo do indicador. Será utilizado o código 31309135, conforme a Tabela de Procedimentos e Eventos em Saúde (TUS 22).

27. Como é calculada a redução percentual da proporção de parto cesáreo em relação ano anterior?

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:

$((P_{2016}-P_{2017})/P_{2016})$. Se o resultado for negativo ou igual a zero, não houve redução.

Exemplo: Proporção de parto cesáreo no ano-base 2016: $P_{2016}= 98\%$.

Proporção de parto cesáreo no ano-base 2017: $P_{2017}= 93\%$.

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 2016, ou não tenha havido redução da taxa, mas aumento ou manutenção, este parâmetro ($V_{redução}$) não será considerado na pontuação.

28. A mudança da fonte de dados dos sistemas para comparação da proporção de parto cesáreo entre o ano-base 2016 e o ano-base 2017 pode prejudicar a operadora?

Resposta: As informações prestadas à ANS nos diversos sistemas de informação são de exclusiva responsabilidade da operadora. No caso do ano-base 2016, a proporção de partos cesáreos foi informada no SIP, pela operadora. No ano-base 2017, a proporção será apurada pela ANS com base nos partos realizados pela operadora, informados por meio do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS, que traduz a troca de informações em saúde suplementar. Em ambos os sistemas, o fato gerador é o mesmo, não se vislumbrando motivos para que a comparação não possa ser realizada e prejudique a operadora.

29. Como será pontuada 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 2016, 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 2016: $P_{2016} = 98\%$.

Proporção de parto cesáreo no ano-base 2017: $P_{2017} = 93\%$.

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

30. 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.

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

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 2017, 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 230 partos cesáreos dentre os 250 partos totais realizados. Portanto, o resultado calculado foi de 92% = $(\frac{230}{250} * 100)$. 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; ou 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.

32. Minha Operadora não teve o indicador, 1.1 referente à Proporção de Parto Cesáreo, calculado. Qual pode ter sido a razão?

Motivo: Critério técnico estabelecido na ficha técnica do indicador

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**.

1.2 – Taxa de Consultas de Pré-Natal

33. Como serão identificadas as mulheres grávidas no ano-base e no ano anterior para cálculo do indicador 1.2, 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 e hospitalar com obstetrícia no ano-base.

34. Para as beneficiárias que tiveram partos realizados até agosto de 2017, as consultas realizadas em 2016 serão consideradas?

Resposta: Conforme especificado na Ficha Técnica, haverá a identificação unívoca da beneficiária em planos que contenham segmentação ambulatorial e 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 2017, também serão consideradas as consultas realizadas em 2016 desde que estas consultas estejam dentro do período de 42 semanas antes do parto.

35. Minha Operadora obteve nota ZERO no indicador de 1.2, 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 2017, 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 menos 2 consultas ou menos para as beneficiárias que tiveram parto em 2017. 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; ou 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.

36. 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.

37. Operadoras que tiveram menos de 100 partos no período serão avaliadas no indicador 1.2, referente à Taxa de Consultas de Pré-Natal, calculado?

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.

1.3 – Taxa de Citopatologia Cérvico- Vaginal Oncótica

38. Minha Operadora obteve nota ZERO no indicador de 1.3, referente à Taxa de Citopatologia Cérvico-Vaginal Oncótica. Qual pode ter sido a razão?

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 2017, 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.

39. A ficha técnica do indicador 1.3 – Taxa de Citopatologia Cérvico – Vaginal Oncótica informa que será considerado no Numerador o código TUSS 40601137 (Procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncótica) 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. Entretanto, o diagnóstico citopatológico em meio líquido também é utilizado na saúde suplementar. Esse procedimento não será considerado no cálculo do indicador?

Resposta: O código TUSS 40601323 - Procedimento diagnóstico citopatológico em meio líquido também será considerado no numerador do indicador 1.3 - Taxa de Citopatologia Cérvico – Vaginal Oncótica.

1.4 – Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos

40. Minha Operadora obteve nota ZERO no indicador 1.4, referente à Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos. Qual pode ter sido a razão?

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 2017, 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.

41. O indicador 1.4, 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.

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.

42. Ao recalcular internamente o indicador 1.4, referente à Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos, obtenho um resultado diferente do resultado divulgado pela ANS. Qual pode ser a razão?

Motivo: Necessidade de aplicação de metodologias estatísticas.

Conforme definido na ficha técnica o indicador “Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos” poderá sofrer aplicação de metodologias estatísticas de Bayes Empírico e de padronização direta por faixa etária e sexo.

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. Estes ajustes visam 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 operadoras.

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.

A aplicação da Padronização direta por faixa etária e sexo visa eliminar distorções devido a diferentes composições por idade e sexo nas operadoras. Esta metodologia é importante quando o risco variar substancialmente com a idade e o sexo dos indivíduos.

A pontuação do indicador é aplicada sobre o resultado padronizado do indicador.

43. Os parâmetros e da Ficha Técnica do indicador 1.4 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.

44. Como foi apurada a meta do indicador 1.4 – 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

1.5 – Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos

45. Por que o Denominador do indicador 1.5, referente à Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos, considera guias com CBOs 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.

46. O indicador 1.5 – 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 1.5- 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. 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 2 consultas por ano.

1.6 – Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiários de 0 a 4 Anos

47. Por que o indicador 1.6 – 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)].

1.7 – Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada

48. Como será calculado o indicador 1.7 – Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada?

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 de exames de hemoglobina glicada 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.

49. Por que o numerador do indicador 1.7, 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 (CDC2017), 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.

50. Como serão contabilizados no numerador do indicador 1.7, 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 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 2017. 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 2017. 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 2017.

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 2017).

	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan
Beneficiário	2016	2016	2016	2016	2016	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2018
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 2017. Logo, o exame deste beneficiário não será computado no numerador.

Beneficiário 2: Realizou o 2º exame recomendado no ano-base 2017. Logo, os 2 exames deste beneficiário serão considerados no numerador.

Beneficiários 3 e 4: só realizaram 1 exame em 2017, logo seus exames não serão computados no numerador.

Beneficiários 5 e 6: deveriam ter realizado 2 exames ao longo de 2017, 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 2017.

51. O indicador 1.7, 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.

1.8 – Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Cárie

52. Minha Operadora obteve nota ZERO no indicador 1.8, 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 2017, 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.

49. Como serão contabilizados os procedimentos odontológicos para efeito do cálculo do indicador 1.8 – Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – Cárie?

Resposta: Conforme consta na ficha técnica atualizada em julho/2018 e 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.

50. 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 – 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.

1.9 – Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Periodontia

51. Minha Operadora obteve nota ZERO no indicador de 1.9, 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 2017, 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.

52. Para o cálculo do numerador do indicador 1.9, referente à Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – Periodontia, serão considerados todos os beneficiários ou será utilizada uma faixa etária específica?

Resposta: No cálculo deste indicador desse indicador só serão considerados os procedimentos realizados em beneficiários com 12 anos ou mais.

53. Como serão contabilizados os procedimentos odontológicos para efeito do cálculo do indicador 1.9 – Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – Periodontia?

Resposta: Conforme consta na ficha técnica atualizada em julho/2018 e 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.

54. O fato de as operadoras informarem os procedimentos odontológicos no TISS em unidades diferentes (boca, região, dente, face, etc.) afeta a pontuação do indicador 1.9 – 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.

1.10 – Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças – Bônus

55. 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 consideradas 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.

56. Minha Operadora não obteve o bônus previsto 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: A operadora só possui programas inscritos que não passaram pela aprovação da ANS. Somente programas aprovados têm direito à bonificação.

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

Resposta: Para obter a pontuação bônus de 10% ou de 15%, o Formulário de Cadastramento (FC) deve estar devidamente concluído até 31/12/2017, além do Formulário de Monitoramento (FM) anual aprovado, quando devido, referente aos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Os programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças deverão estar aprovados pela ANS, até a data do processamento do IDSS.

57. Minha operadora não obteve o bônus de 0,15 no IDQS – Índice de Desempenho da Dimensão Qualidade na Atenção à Saúde. Qual pode ter sido o motivo?

Motivo: A operadora não possui programa de atenção à saúde e prevenção de doenças voltadas a idosos.

Resposta: Só receberão a pontuação bônus de 0,15 as operadoras que tenham programas que incluam a área de atenção ao idoso, sem limite superior de idade, ou seja, que não restringa qualquer faixa etária acima de 60 anos. O Formulário de Cadastramento (FC) deve estar devidamente concluído até 31/12/2017, além do Formulário de Monitoramento (FM) anual aprovado, quando devido. Os programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças deverão estar aprovados pela ANS, até a data do processamento do IDSS, conforme disposto na Instrução Normativa Conjunta DIOPE/DIPRO nº 7 de 23/11/2012.

58. 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.

59. 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
15% do IDQS	1,0000
10% do IDQS	0,6666
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.

1.11 – Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS

60. Minha operadora não ganhou a pontuação base de 0,15 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 seguido as instruções de um ou mais Projetos, conforme especificado na ficha técnica do indicador.

Os Projetos em questão são (1) Parto Adequado; (2) Idoso Bem Cuidado; (3) OncoRede; e (4) Projeto Sorrir. 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;
- e
- Realizar as atividades previstas no Termo de Compromisso.

Nota1: Dado que a apuração do IDSS se refere ao ano base de 2017, o indicador considera apenas a participação da operadora na fase II do projeto Parto Adequado.

Nota2: Dentre as atividades previstas no Termo de Compromisso, foram considerados os 8 itens descritos a seguir.

Destaca-se que, operadoras que não responderam à pesquisa sobre modelo de remuneração e de monitoramento enviada pela ANS (item 7, a seguir), não serão pontuadas.

1. Garantir a participação dos representantes da operadora nas reuniões e demais atividades propostas pela ANS no âmbito do Projeto Parto Adequado;
2. Fomentar o envolvimento do corpo clínico de sua rede assistencial a participarem da melhoria da qualidade da assistência obstétrica e segurança do paciente;
3. Criar um "Espaço Parto Adequado" em seu sítio eletrônico, no qual disponibilizará informações sobre o Projeto;
4. Formar coalisões necessárias entre lideranças do setor saúde alinhada em torno da qualidade e segurança na atenção ao parto e nascimento;
5. Reorganizar estrutura e processo de cuidado perinatal, baseado em equipe multidisciplinar e em novo modelo de remuneração;
6. Manter atualizados a lista de e-mails e contatos da equipe do projeto;
7. Compartilhar informações sobre as mudanças de melhoria dentro da Operadora, com a rede de prestadores, no que couber, e com a ANS; e

8. Garantir os recursos financeiros e de pessoal necessários para a implantação do Projeto.

(2) Em relação ao Projeto Idoso Bem Cuidado:

- Assinar o Termo de Acompanhamento de Inovação em Qualidade nos Serviços de saúde na área de Cuidado ao Idoso – Projeto Idoso Bem Cuidado; e
- Enviar o Projeto-Piloto a ser implementado, contemplando um ou mais dos eixos estruturantes do modelo proposto: (1) Atenção Primária; (2) Atenção Hospitalar; (3) Reabilitação, Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos; e (4) Navegador do Cuidado; e
- Realizar as atividades previstas no Termo de Compromisso.

Nota: Dado que a apuração do IDSS se refere ao ano base de 2017, o indicador considera apenas a participação da operadora no segundo ano do projeto Idoso Bem Cuidado.

(3) Em Relação ao Projeto OncoRede:

- a. Assinar o termo de Acompanhamento de Inovações em Qualidade nos Serviços de Saúde na área de Oncologia – Projeto OncoRede;
- b. Enviar o Projeto-Piloto a ser implementado, contemplando um ou mais eixos estruturantes do Projeto e indicadores de monitoramento da qualidade da atenção oncológica; e
- c. Realizar as atividades previstas no Termo de Compromisso.

Nota: Dado que a apuração do IDSS se refere ao ano base de 2017, o indicador considera apenas a participação da operadora no primeiro ano do projeto OncoRede.

(4) Em relação ao Projeto Sorrir

- Assinar o Termo de Acompanhamento e inovações em Qualidade nos Serviços de saúde na área de Odontologia – Projeto Sorrir; e
- Enviar o Projeto-Piloto a ser implementado, contemplando um ou mais eixos estruturantes do Projeto e indicadores de monitoramento da qualidade da atenção odontológica; e
- Realizar as atividades previstas no Termo de Compromisso.

Nota: Dado que a apuração do IDSS se refere ao ano base de 2017, o indicador considera apenas a participação da operadora no Projeto Sorrir.

61. Como fica o bônus do indicador 1.11, referente à Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS caso a minha operadora tenha mais de um Projeto de Indução da Qualidade?

Motivo: A pontuação base é limitada a 0,15 e não é cumulativa, independentemente do número de projetos de indução da qualidade ao qual a operadora participe.

2 – Indicadores da Dimensão Garantia de Acesso – IDGA

2.1 – Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário

62. 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 do “número de sessões de hemodiálise crônicas identificadas nas Guias TISS” pela “média de beneficiários da OPS em planos que incluem a segmentação ambulatorial em 2017.

Operadoras com resultado maior ou igual a 0,052 seriam pontuadas com a nota máxima do indicador. Porém, há uma “penalidade” na pontuação para operadoras que atingem o resultado esperado via TISS, porém, apresentam alta utilização de hemodálises 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 hemodálises no SUS valores maiores ou iguais a 0,005674.

63. 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 apenas os atendimentos de hemodiálise dos ABIs que representam os quatro últimos períodos de competências sucessivas (representando um ano de identificação). Ou seja, para 2017, serão considerados os eventos notificados nos ABIs 59º, 61º, 63º e 65º.

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).

64. No indicador 2.1, referente à Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário, porque é necessário fazer o tratamento considerando a estimativa baseada no histórico de ressarcimento (ajuste da quantidade total de atendimentos de hemodiálise identificados em 2017 - 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 $TaxaH_Op = NUH/Benef.$

65. No indicador 2.1, 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 2017?

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, sendo ambos referentes aos atendimentos de hemodiálise identificados dos ABIs que representam os quatro últimos períodos de competências sucessivas, a saber:

$$NUH_{2017} = f_{atendimentos\ não\ impugnados} + (f_{atendimentos\ impugnados} \times FA_{2017})$$

Onde:

- NUH_{2017} é número total de eventos de hemodiálise identificados em 2017 de utilização da rede do SUS por beneficiários da operadora de saúde suplementar, tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento;

- $f_{atendimentos\ não\ impugnados}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos de hemodiálise realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados em 2017 e que não foram impugnados pelas operadoras de plano de saúde;

- $f_{atendimentos\ impugnados}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos de hemodiálise realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados em 2017 e que foram impugnados pelas operadoras de plano de saúde;

- FA_{2017} é o fator de ajuste que será aplicado sobre a quantidade total de atendimentos gerais lançados no ano de 2017 e que foram impugnados pelas operadoras. Este fator de ajuste será calculado pela média da taxa de indeferimento dos ABIs lançados nos anos de 2014, 2015 e 2016;

66. No indicador 2.1, 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 2017 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 2017, a estimativa de indeferimentos irá considerar as taxas de indeferimento dos ABIs lançados nos anos de 2014 (ABI 48º ao ABI 53º), 2015 (ABI 54º e ABI 55º) e 2016 (ABI 56º ao ABI 58º), conforme apresentado a seguir:

$$FA_{2017} = \frac{Taxa\ Indef_{2014} + Taxa\ Indef_{2015} + Taxa\ Indef_{2016}}{3}$$

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

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

Onde:

- $Taxa\ Indef_x$ é taxa de indeferimento dos atendimentos lançados no ano x, considerando apenas àqueles com decisão definitiva realizada até o momento de apuração do resultado do programa;

- $f_{atendimentos\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ indeferidos\ em\ 1^{a}\ inst.}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram julgados como indeferidos em 1ª instância, sem recurso, considerando apenas as decisões já notificadas às operadoras até o momento de apuração do resultado do programa;

- $f_{atendimentos\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ indeferidos\ em\ 2^{a}\ inst.}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram julgados como indeferidos em 2ª instância até o momento de apuração do resultado do programa;

- $f_{atendimentos\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ analisados\ em\ 1^{a}\ inst.}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram analisados em 1ª instância, sem recurso, julgados como deferidos ou indeferidos, considerando apenas as decisões já notificadas às operadoras até o momento de apuração do resultado do programa;

- $f_{atendimentos\ lançados\ no\ ano\ x\ e\ analisados\ em\ 2^{a}\ inst.}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram analisados em 2ª instância até o momento de apuração do resultado do programa, considerando tanto os atendimentos deferidos como os indeferidos;

67. No indicador 2.1, 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 2017 (SIB).
- 2) Para o cálculo do denominador da fórmula $TaxaH_Op = NUH/Benef$, será utilizado o ano de competência dos ABIs lançados em 2017, considerando-se apenas os ABIs referentes aos quatro últimos períodos de competências sucessivas (representando um ano de identificação). Portanto, para 2017 serão considerados os ABIs 59º, 61º, 63º e 65º. Com isso, no denominador da fórmula (Benef) será calculada a média dos beneficiários por operadora nas competências de 04/2015 a 03/2016 (SIB).

68. Os beneficiários de plano odontológico também serão considerados no indicador?

Resposta: Não. Apenas os beneficiários de planos de assistência médica serão considerados no cálculo.

69. Minha Operadora não teve o indicador 2.1 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.

70. Para o indicador 2.1, referente à Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário, A ANS irá divulgar o fator de ajuste (FA_{2017}) que será aplicado sobre a quantidade total de atendimentos gerais lançados no ano de 2017 e que foram impugnados pelas operadoras?

Resposta: Este fator (FA_{2017}), 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.

71. O indicador 2.1 – 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.

2.2 – Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idoso

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

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 2017, 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.

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 o Ministério da Saúde propõe 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.

73. O indicador 2.2, 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.

2.3 – Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas

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

Resposta: Sim. Os dados foram coletados pela ANS no dia 30/06/2018 (data de corte do IDSS ano-base 2017) e representam a situação da operadora nesta data. Assim, qualquer alteração executada nos bancos de dados em data posterior à 30/06/2018, 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 em 30/06/2018.

75. Minha Operadora obteve resultado “0” (zero) para o indicador 2.3, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas calculado. 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.

76. Minha Operadora não teve o indicador 2.3, referente ao Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas calculado. 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.

77. No indicador 2.3, 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.

78. No indicador 2.3, 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.

79. No indicador 2.3, 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.

80. No indicador 2.3, 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.

81. 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	Consortio Público de Direito Público (Associação Pública)
1236	Estado ou Distrito Federal
1244	Município
5029	Representação Diplomática Estrangeira
5037	Outras Instituições Extraterritoriais

82. 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 24 horas / Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial x 100.

São considerados “Municípios com Disponibilidade de Serviços de Urgência e Emergência 24 horas” a quantidade de municípios indicados na área de atuação dos produtos com serviços de urgência e emergência 24 horas 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 24 horas 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.

83. No 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.

84. 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.

85. A atualização da Região de Atuação do DIOPS tem impacto no cálculo do Indicador 2.3, 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.

86. Quais bases são consideradas no cálculo dos indicadores do Indicador 2.3, 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, o dia 30/06/2018.

87. Como verifico a disponibilidade do serviço pesquisado no indicador 2.3, 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 24 horas 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.

88. Como devo proceder, caso o caminho indicado na Ficha Técnica do Indicador para localizar a Disponibilidade de Serviços de Urgência e Emergência não apresente a informação?

Resposta: Caso a consulta não esteja disponível, solicitar ao próprio CNES, através da Lei de Acesso a Informação ou pesquisar a planilha disponibilizada pela ANS na área específica do Programa de Qualificação de Operadoras.

89. No indicador 2.3, 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, localizado 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, 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.

90. 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 24 horas?

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”.

91. No indicador 2.3, 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.

92. No indicador 2.3, 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.

93. A atualização das informações do SIP tem impacto no cálculo do Indicador 2.3, 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.

94. Considerando que o indicador 2.3, 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.

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

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

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 2017, 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.

Por exemplo:

⇒ A Operadora XYZ não informa atendimentos para os procedimentos em questão no TISS e no Sistema de Informações de Beneficiários - SIB informa uma quantidade relevante de beneficiários. Assim, em decorrência desta incompatibilidade de informações entre o TISS e o SIB, foi atribuída pontuação zero (0) ao indicador.

2.5. – Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica

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

Resposta: Sim. Os dados foram coletados pela ANS no dia 30/06/2018 e representam a situação da operadora nesta data. Assim, qualquer alteração executada nos bancos de dados em data posterior à 30/06/2018, 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 em 30/06/2018.

97. Por que o indicador 2.5, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, não apresenta resultado?

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 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.

98. No indicador 2.5, 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.

99. No indicador 2.5, 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.

100. No indicador 2.5, 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.

101. No indicador 2.5, 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.

102. 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

103. No indicador 2.5, 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.

104. No indicador 2.5, 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”, 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, 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.

105. No indicador 2.5, 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”.

106. No indicador 2.5, 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 do prestador.

107. Na parte de utilização, 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: Serão consideradas as informações de todos os prestadores odontológicos que compuseram a rede assistencial da operadora utilizada e/ou cadastrada no período de 12 meses do ano base.

108. Minha Operadora obteve resultado “0” (zero) para o indicador 2.5, referente 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.

109. Minha Operadora não teve o indicador 2.5, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica calculado. 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.

110. No indicador 2.5, 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.

111. A atualização da Região de Atuação do DIOPS tem impacto no cálculo do 2.5, 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.

112. A atualização das informações do SIP tem impacto no cálculo do Indicador 2.5, 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.

113. Quais bases são consideradas no cálculo do Indicador 2.5, 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, no dia 30/06/2018.

114. 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.

115. Como devo proceder, caso o caminho indicado na Ficha Técnica do Indicador não apresente a informação?

Resposta: Caso a consulta não esteja disponível, solicitar ao próprio CNES, através da Lei de Acesso à Informação ou pesquisar a planilha disponibilizada pela ANS na área específica do Programa de Qualificação Operadoras.

116. Considerando que o indicador 2.5, 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.

117. A ANS disponibiliza as informações extraídas do CNES para o cálculo do Indicador de Acesso ao Dentista?

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.

2.6. – Frequência de Utilização de Redes de Hospitais, SADT e Consultórios com Atributo de Qualidade

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

Resposta: Não. A mediana depende dos resultados de todas as operadoras, e só poderá ser divulgada após a divulgação preliminar dos resultados do IDSS Ano-base 2017 para cada operadora.

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

Resposta: Os atributos previstos inicialmente para cálculo do indicador eram:

Rede	Atributo de Qualidade	Ícone	Legenda
Hospitais	Acreditação	A	Programa de Acreditação
	PM-QUALISS	Q	Qualidade Monitorada
SADT	Acreditação	A	Programa de Acreditação
	PM-QUALISS	Q	Qualidade Monitorada
Consultórios	Título do Profissional	D	Doutorado/Pós-doutorado
		M	Mestrado
		R	Residência
		E	Título de Especialista

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;
- ✓ - Título do profissional – essas informações são recebidas pela ANS em razão do Fator de Qualidade (FQ) e também são utilizadas para alimentar os dados do

QUALISS. São informações coletadas por formulários auto informados pelos profissionais e posteriormente validadas pelos Conselhos Profissionais.

Para o ano-base 2017, devido a indisponibilidade das informações completas de titulação dos profissionais, e da falta de informações para o PM-QUALISS, estes dois atributos não serão computados no cálculo do indicador.

Logo, o indicador será apurado pelo: [Total de Utilização da rede de Hospitais e SADT Acreditados / Total de Utilização da rede de Hospitais e SADT]

120. No cálculo deste indicador 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.

3.1. – Índice de Recursos Próprios

121. A nota da minha operadora no indicador 3.1, referente ao Índice de Recursos Próprios, não corresponde com o valor de Margem de Solvência atualmente exigido considerando o escalonamento previsto na RN 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 nº50 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).

122. A nota da minha operadora no indicador 3.1, 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.

123. Minha operadora recebeu “não se aplica” no indicador 3.1, 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.”

3.2. – Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar

124. Qual o objetivo do indicador 3.2, 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.

125. Como é o cálculo do indicador 3.2, 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

126. No indicador 3.2, 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.

3.3. – Índice Geral de Reclamação

127. Qual o objetivo do indicador 3.3 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.

128. Por que o indicador 3.3, 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.

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

129. Quais operadoras são elegíveis para avaliação no indicador 3.4 - Proporção de NTRPs (Nota técnica de Registro de Produtos) 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.

130. Como a ANS calcula o numerador do indicador 3.4, 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.

131. Quais são os grupos formados a partir da combinação dos fatores para cálculo do numerador do indicador 3.4, 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 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.

132. É possível disponibilizar os parâmetros ou valores de referência para cálculo do limite inferior utilizado no numerador do indicador 3.4, 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 31/12/2018, executado, porém, somente a partir da data de corte do IDSS. Além disso, os valores de referência podem influenciar as NTRPs enviadas pelas operadoras. Lembramos que as informações de NTRP, por influenciarem no âmbito concorrencial, são informações reservadas.

133. 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, 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.

134. Quando o Indicador 3.4, 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 Atípicas** 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.

135. Qual a data de referência para obter as NTRPs vigentes para o cálculo do indicador 3.4, 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-ano-base avaliado, ou seja, 31/12/2017.

3.5 – Pesquisa de Satisfação de Beneficiários

136. Onde posso obter informação acerca do indicador 3.5, referente à Pesquisa de Satisfação de Beneficiários?

Resposta: Existe um “perguntas e respostas” específico do Documento Técnico da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/faq_pesq_satisfacao_benef_dez_17.pdf.

137. Como a data de corte do programa foi alterada, até que dia a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários deveria ter sido finalizada para ser elegível à pontuação no IDSS?

Resposta: Para ser elegível à pontuação no IDSS ano base 2017, a pesquisa deve ter sido concluída e encaminhada à ANS até o dia 30/junho/2018 – nova data de corte do programa aprovada pela Diretoria Colegiada da ANS .

138. 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 operadora deve, além de encaminhar o endereço eletrônico do seu sítio institucional onde os resultados foram disponibilizados até 30 de junho de 2018, cumprir os seguintes itens:

- a) Atender aos requisitos mínimos e as diretrizes estabelecidas no Documento Técnico da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários;
- b) Publicar no seu sítio institucional, até 30 de junho de 2018, o Relatório final contendo os resultados da Pesquisa de acordo com o estabelecido no item 3.3 do Documento Técnico da Pesquisa de Satisfação da Pesquisa de Beneficiários;
- c) Publicar no seu sítio institucional, até 30 de junho de 2018, o Parecer de Auditoria Independente contendo a estrutura mínima estabelecida no item 4.2 do Documento Técnico.

3.6 – Autorização Prévia Anual para Movimentação da Carteira de Títulos e Valores Mobiliários (Bônus 10%)

139. 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.

4.1. – Índice Composto de Qualidade Cadastral

140. 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.

141. Qual a metodologia adotada para o cálculo do indicador 4.1, 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.

142. Qual o período de Cálculo do indicador 4.1, referente ao Índice Composto de Qualidade Cadastral (SIB)?

Resposta: Os dados considerados para o cálculo são referentes à competência de março do ano do processamento (2018). Esta é a última competência atualizada do SIB no momento do congelamento das tabelas, na data de corte do programa.

143. Qual a definição de cada fator do cálculo do indicador 4.1, 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.

144. Em que situação a operadora é bonificada no indicador 4.1, 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%.

145. Quando o indicador 4.1, referente ao indicador Composto de Qualidade Cadastral (SIB), não será calculado?

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.

146. Por que o resultado do indicador 4.1, referente ao indicador Composto de Qualidade Cadastral (SIB), da minha operadora, no IDSS 2018, está diferente das simulações disponíveis no Relatório de Diagnóstico Cadastral consolidado?

Resposta: As simulações deste índice disponíveis no Relatório de Diagnóstico Cadastral são uma prévia aproximada do resultado oficial. A própria metodologia justifica o seu caráter provisório, uma vez que em nenhum dos resultados parciais é usada a base de dados definitiva do cálculo.

147. A ANS passará a mostrar para as operadoras quais são os beneficiários não identificados (não validados) no relatório do SIB?

Resposta: Sim. A ANS já apresenta no portal a identificação de beneficiários com 18 anos ou mais sem CPF no SIB, e irá inserir no portal, no diagnóstico da qualidade do SIB, os beneficiários não identificados, ou quem são esses beneficiários.

4.2 – Taxa de Utilização do SUS

148. Quanto ao indicador 4.2, referente à Taxa de Utilização do SUS, serão considerados todos os atendimentos notificados no ano de 2017 para calcular o seu numerador (numerador da fórmula – NUT)?

Resposta: Não. Serão considerados apenas os atendimentos dos ABIs que representam os quatro últimos períodos de competências sucessivas (representando um ano de identificação), ou seja, para 2017, serão considerados os eventos notificados nos ABIs 59º, 61º, 63º e 65º.

149. Para o indicador 4.2, referente à Taxa de Utilização do SUS, porque será necessário ajustar, através do cálculo da estimativa baseada no histórico de Ressarcimento, a quantidade total de atendimentos identificados em 2017 (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.

150. Para o indicador 4.2, 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 2017?

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, sendo ambos referentes aos atendimentos identificados dos ABIs que representam os quatro últimos períodos de competências sucessivas, a saber:

$$NUT_{2017} = f_{\text{atendimentos não impugnados}} + (f_{\text{atendimentos impugnados}} \times FA_{2017})$$

Onde:

- NUT_{2017} é número total de eventos identificados em 2017 de utilização da rede do SUS por beneficiários da operadora de saúde suplementar, tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento;

- $f_{\text{atendimentos não impugnados}}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados em 2017 e que não foram impugnados pelas operadoras de plano de saúde;

- $f_{\text{atendimentos impugnado}}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados em 2017 e que foram impugnados pelas operadoras de plano de saúde;

- FA_{2017} é o fator de ajuste que será aplicado sobre a quantidade total de atendimentos lançados no ano de 2017 e que foram impugnados pelas operadoras. Este fator de ajuste será calculado pela média da taxa de indeferimento dos ABIs lançados nos anos de 2014, 2015 e 2016;

151. Para o indicador 4.2, 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 2017 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 2017, a estimativa de indeferimentos irá considerar as taxas de indeferimento dos ABIs lançados nos anos de 2014 (ABI 48º ao ABI 53º), 2015 (ABI 54º e ABI 55º) e 2016 (ABI 56º ao ABI 58º), conforme apresentado a seguir:

$$FA_{2017} = \frac{Taxa\ Indef_{2014} + Taxa\ Indef_{2015} + Taxa\ Indef_{2016}}{3}$$

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

Taxa Indef_x

$$= \frac{f_{\text{atendimentos lançados no ano x e indeferidos em 1ª inst.}} + f_{\text{atendimentos lançados no ano x e indeferidos em 2ª inst.}}}{f_{\text{atendimentos lançados no ano x e analisados em 1ª inst.}} + f_{\text{atendimentos lançados no ano x e analisados em 2ª inst.}}}$$

Onde:

- Taxa Indef_x é taxa de indeferimento dos atendimentos lançados no ano x, considerando apenas àqueles com decisão definitiva realizada até o momento de apuração do resultado do programa;

- $f_{\text{atendimentos lançados no ano x e indeferidos em 1ª inst.}}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram julgados como indeferidos em 1ª instância, sem recurso, considerando apenas as decisões já notificadas às operadoras até o momento de apuração do resultado do programa;

- $f_{\text{atendimentos lançados no ano x e indeferidos em 2ª inst.}}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram julgados como indeferidos em 2ª instância até o momento de apuração do resultado do programa;

- $f_{\text{atendimentos lançados no ano x e analisados em 1ª inst.}}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram analisados em 1ª instância, sem recurso, julgados como deferidos ou indeferidos, considerando apenas as decisões já notificadas às operadoras até o momento de apuração do resultado do programa;

- $f_{\text{atendimentos lançados no ano x e analisados em 2ª inst.}}$ é a frequência absoluta acumulada dos atendimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, identificados pela ANS nos ABIs lançados no ano X e que foram analisados em 2ª instância até o momento de apuração do resultado do programa, considerando tanto os atendimentos deferidos como os indeferidos;

152. Para o indicador 4.2, referente à Taxa de Utilização do SUS, como será calculada a média de beneficiários das operadoras (denominador da fórmula – BENEFF)?

Resposta: O cálculo da média de beneficiários deverá utilizar o ano de competência dos ABIs lançados em 2017, considerando-se apenas os ABIs referentes aos quatro últimos períodos de competências sucessivas (representando um ano de identificação). Portanto, para 2017 serão considerados os ABIs 59º, 61º, 63º e 65º. Com isso, no denominador da

fórmula (Benef) será calculada a média dos beneficiários por operadora nas competências de 04/2015 a 03/2016.

153. Após calculado o indicador 4.2, 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 2017 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).

154. Para o indicador 4.2, 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.

4.3 – Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar - TISS

155. Estou em dia com as obrigações periódicas de minha operadora, porém o resultado do indicador 4.3, 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.

156. Para o indicador 4.3, 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 enviados pela operadora incorporados ao banco de dados da ANS e o valor total dos eventos/ sinistros conhecidos ou avisados de assistência à saúde informado no DIOPS referentes às contas listadas na tabela a seguir:

411111011	411111061	411121011	411121061
411111014	411111064	411121014	411121064
411111017	411111067	411121017	411121067
411111021	411112031	411121021	411122031
411111024	411112034	411121024	411122034
411111027	411112037	411121027	411122037
411111031	411112041	411121031	411122041
411111034	411112044	411121034	411122044
411111037	411112047	411121037	411122047
411111041	411112051	411121041	411122051
411111044	411112054	411121044	411122054
411111047	411112057	411121047	411122057
411111051	411112061	411121051	411122061
411111054	411112064	411121054	411122064
411111057	411112067	411121057	411122067

157. Para o indicador 4.3, 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.

158. 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, 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.

159. No indicador 4.3, 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.

160. 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.

4.4 – Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde

161. Existe a possibilidade de ser disponibilizada a prévia dos valores dos percentis utilizados na pontuação do indicador 4.4, referente à Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde?

Resposta: Não. Os percentis dependem dos resultados de todas as operadoras e só poderão ser disponibilizados após a divulgação preliminar dos resultados do IDSS Ano-base 2017 para cada operadora.

162. 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).

163. Quando houver atendimento por meio de uma operadora intermediária, os valores glosados destas operadoras também deverão ser considerados neste indicador?

Resposta: Sim. Todos os valores de glosa diferentes de zero serão considerados no cálculo do indicador, independentemente de ter havido a participação de uma operadora intermediária

4.5 – Proporção de Diagnósticos Inespecíficos nos Eventos de Internação Preenchidos nas Guias TISS (Bônus 10%)

164. A operadora não é obrigada a preencher o Código Internacional de Doenças – CID nas guias TISS. Como serão avaliadas se não houver o preenchimento?

Resposta: Pelo fato do código CID não ser uma informação obrigatória, este indicador 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 este indicador 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%.