

PERGUNTAS E RESPOSTAS

Índice de Desempenho da Saúde Suplementar 2019 (IDSS ano-base 2018)

Atualizado em novembro/2019

GEEIQ/DIDES/ANS

Sumário

IDSS - Geral	4
TISS	6
MÉTODOS ESTATÍSTICOS DE PADRONIZAÇÃO	10
Programa de Operadora Acreditada (Pontuação Base de 0,30 a 0,15).....	15
1 – Indicadores da Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde – IDQS	16
1.1 – Proporção de Parto Cesáreo	16
1.2 – Taxa de Consultas de Pré-Natal.....	20
1.3 - Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos.....	22
1.4 - Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiários de 0 a 4 Anos.....	26
1.5 - Taxa de Citopatologia Cérvico- Vaginal Oncótica	27
1.6 - Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada.....	29
1.7 - Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Cárie.....	32
1.8 - Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Periodontia	33
1.9 - Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos	35
1.10 - Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças – Pontuação Base	37
1.11 - Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS	38
2 – Indicadores da Dimensão Garantia de Acesso – IDGA	41
2.1 – Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário	41
2.2 – Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idoso	44
2.3 – Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas	46
2.4– Taxa de Primeira Consulta ao Dentista por Beneficiário por Ano.....	52
2.5. – Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica	53
2.6. – Frequência de Utilização de Redes de Hospitais com Atributo de Qualidade	59
2.7. – Frequência de Utilização de Redes de SADT com Atributo de Qualidade	60
2.8. – Índice de Efetiva Comercialização de Planos Individuais	61
3 – Indicadores da Dimensão Sustentabilidade no Mercado – IDSM	62
3.1. – Índice de Recursos Próprios	62
3.2. – Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar	63
3.3. – Índice Geral de Reclamação	63
3.4. – Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos	64
3.5 – Pesquisa de Satisfação de Beneficiários.....	66
3.6 – Autorização Prévia Anual para Movimentação da Carteira de Títulos e Valores Mobiliários (Bônus 10%)	66
3.7 – Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos	67

4 – Indicadores da Dimensão Gestão de Processos e Regulação – IDGR	69
4.1. – Índice Composto de Qualidade Cadastral	69
4.2 – Taxa de Utilização do SUS	71
4.3 – Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar -TISS	73
4.4 – Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde.....	77
4.5 – Proporção de Diagnósticos Inespecíficos nos Eventos de Internação Preenchidos nas Guias TISS (Bônus 10%)	78

Introdução:

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

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

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

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

Faixas de Avaliação do IDSS



1. Como é o método de cálculo do IDSS?

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

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

Onde:

IDSS = Índice de Desempenho de Saúde Suplementar

IDQS = Dimensão da Qualidade em Atenção à Saúde

IDGA = Dimensão de Garantia de Acesso

IDSM = Dimensão de Sustentabilidade no Mercado

IDGR = Dimensão de Gestão de Processos e Regulação

Caso a Operadora seja acreditada:

(Pontuação Base de acordo com o nível de acreditação + 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: 0,30

Nível II: 0,23

Nível III: 0,15

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

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

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

ID = Índice de desempenho da dimensão

ID₁ = Índice de desempenho do indicador 1

P₁ = Peso do Indicador 1

ID₂ = Índice de desempenho do indicador 2

P₂ = Peso do Indicador 2

ID_n = Índice de desempenho do indicador n

P_n = Peso do Indicador n

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

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

$$ID = ID + (ID * \text{Bônus})$$

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) do IDSS?

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

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

Pontuação base: pontuação base (fixa) especificamente para cada operadora, 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 chegam a ter seus resultados calculados por diferentes motivos. Quando é apresentado o resultado “não se aplica”, significa que aquele indicador não era aplicável ao caso da operadora, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão da ficha técnica específica. 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 no IDSS?

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

TISS

7. Alguns indicadores do IDSS 2019 (ano base 2018) possuem como fonte os dados do Padrão para Troca de Informações na Saúde Suplementar - TISS. Desta forma, indaga-se se os procedimentos a serem considerados para fins de cálculo do indicador serão todos os procedimentos enviados através do Padrão TISS ou somente os procedimentos pagos?

Resposta: Para os indicadores 1.1; 1.2;1.3; 1.4; 1.5; 1.6; 1.7; 1.8; 1.9; 2.1; 2.2 e 2.4 do IDSS 2019 (Ano-Base 2018) 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 (conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde – TISS 22) 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. As guias que não tiverem identificação do beneficiário pelo CNS serão desconsideradas para apuração do indicador.

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 dos indicadores 1.3; 1.4; 1.5; 1.6; 1.8; 1.9 e 2.2, os quais necessitam da identificação da idade do beneficiário.

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

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 2018, 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 20% do total de CNS informados no TISS pela operadora não forem encontrados (inexistentes) na base do Sistema de Informação de beneficiários - SIB ou não forem válidos, os seguintes indicadores receberão ZERO: indicadores 1.2; 1.8 e 1.9.

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

Conforme estabelecido na Instrução Normativa nº 68, de 11 de maio de 2017, que alterou a IN nº 60, de 09 de outubro de 2015, será aplicada a pontuação zero às operadoras que apresentarem o Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado, para os indicadores que tenham os dados do Padrão TISS como fonte de dados (indicadores: 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 4.4, 4.5).

Motivo 4: A operadora enviou arquivos com movimento no TISS em todas as competências do ano-base, mas não teve nenhum lançamento incorporado 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.

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

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

11. O Código da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO é um dado utilizado no cálculo de muitos indicadores do IDSS. 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. Com relação ao IDSS, como a operadora pode verificar o número do CNS cadastrado na ANS, no SIB?

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

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

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 2018?

Resposta: Serão utilizadas todas as competências que contenham atendimentos com data de realização no ano de 2018 enviadas até a data de corte do PQO. Para o cálculo do indicador “1.2 – Taxa de Consultas de Pré-Natal” na apuração das consultas de pré-natal correspondentes aos partos ocorridos no ano-base 2018, será necessário retroagir às guias de consultas das beneficiárias univocamente identificadas em até 9 meses antes de 2018 (de abril/2017 a dez/2017).

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

Resposta: Através dos arquivos de Retorno 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) para cálculo do IDSS?

Resposta: As especialidades médicas serão identificadas através do CBO – Código Brasileiro de Ocupações. Assim, a Operadora deverá observar o correto preenchimento do CBO nas guias de consultas e SP/SADT (quando se tratar de consultas) para que haja a identificação da especialidade.

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 do IDSS?

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

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

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

Indicador	Método de Padronização
1.3 - Taxa de Internação por fratura de fêmur em idosos	Padronização direta por Faixa Etária e Sexo; e Bayes Empírico
1.6 - Taxa de Hemoglobina Glicada (entre 19 e 75 anos)	Padronização direta por Faixa Etária
2.1 – Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário	Padronização direta por Faixa Etária; e Bayes Empírico
2.2 - Taxa de Consultas médicas ambulatoriais com generalista por idosos	Padronização direta por sexo

23. A padronização sempre melhora o resultado da operadora?

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

24. Como é realizada a padronização direta?

Resposta: Para realizar o cálculo dos indicadores padronizados, utilizando a metodologia de padronização direta, primeiramente é necessário calcular a população de referência (população padrão) para todas as operadoras.

O cálculo da população padrão é realizado por meio da soma dos expostos de todas as operadoras que tiveram o indicador calculado, dividida pelo número de operadoras que tiveram o indicador calculado.

As faixas-etárias e/ou sexo utilizados para o cálculo da população padrão são divulgados no arquivo disponibilizado no espaço operadoras e no portal da ANS, contendo as taxas/parâmetros do setor utilizados para cálculo dos indicadores do IDSS.

Considera-se a idade utilizada para cada indicador na definição das faixas etárias utilizadas na padronização por idade. Normalmente, as faixas são definidas em intervalos quinquenais. Apresenta-se a seguir um exemplo de cálculo da população padrão (do ano-base 2017) considerando as faixas-etárias utilizadas para cada indicador:

1.4 - Taxa de Internação por fratura de fêmur em idosos			1.7 - Taxa de Hemoglobina Glicada (entre 19 e 75 anos)		2.1 – Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário	
Faixa Etária	Sexo	População padrão	Faixa Etária	População padrão	Faixa Etária	População padrão
60-64	F	0,174044762	19-24	0,107862916	0-4	0,075074557
60-64	M	0,149091198	25-29	0,112580911	05-09	0,064838895
65-69	F	0,128611647	30-34	0,12819876	10-14	0,055540869
65-69	M	0,099808646	35-39	0,127258393	15-19	0,054966268
70-74	F	0,097812409	40-44	0,101822738	20-24	0,065987975
70-74	M	0,068313097	45-49	0,091257142	25-29	0,081775487
75-79	F	0,074405370	50-54	0,089115125	30-34	0,093521904
75-79	M	0,047747946	55-59	0,077145857	35-39	0,092421531
80-84	F	0,054287008	60-64	0,065068826	40-44	0,073586988
80-84	M	0,030875280	65-69	0,052386248	45-49	0,065391987
85-89	F	0,035073658	70-75	0,047375971	50-54	0,063554126
85-89	M	0,017557200			55-59	0,054622659
90 ou mais	F	0,019422981			60-64	0,045375507
90 ou mais	M	0,007682489			65-69	0,036102668
					70-74	0,027629602
					75-79	0,021040853
					80-84	0,014959261
					85-89	0,009188789
					90 ou mais	0,004869559

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ainda, é levada em consideração a dispersão das taxas individuais das operadoras em torno da taxa média de todas as operadoras, de forma que, quanto maior for a dispersão, menor será o ajuste efetuado.

Exemplo: o quadro a seguir apresenta um exemplo de cálculo da padronização por Bayes Empírico da Taxa de Internação por fratura de fêmur em idosos. O valor do indicador após a padronização por faixa etária e sexo, era de 5,5481, e após a padronização de Bayes Empírico, passa para 5,5466.

Os valores utilizados para cálculo padronização por Bayes Empírico ($\hat{\mu}$ e $\hat{\sigma}^2$) são divulgados no arquivo disponibilizado no espaço operadoras e no portal da ANS, contendo as taxas/parâmetros do setor utilizados para cálculo dos indicadores do IDSS, a saber:

Sejam:

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

n_i – o número de expostos da operadora = 3.296

Valores divulgados no arquivo parâmetros do setor:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Operadoras que estavam acreditadas em 2018 (ou seja, prazo de validade da certidão com início ou fim compreendido entre 01/01/2018 e 31/12/2018) recebem pontos diretamente no IDSS, de acordo com o nível da acreditação.

Nível I: 0,30

Nível II: 0,23

Nível III: 0,15

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

29. 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: 0,30 do IDSS	1,0000
Nível II: 0,23 do IDSS	0,7666
Nível III: 0,15 do IDSS	0,5000
Operadora Não Acreditada	Operadora não pontuada

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

30. A pontuação referente ao Programa de Operadora Acreditada é absoluta ou é um percentual a ser aplicado na nota geral do IDSS Ano-base 2018?

Resposta: Conforme descrito na Ficha Técnica do Programa de Qualificação de Operadoras 2019 (ano-base 2018), trata-se de um indicador com Pontuação Base, em valor absoluto, no IDSS de acordo com o nível de Acreditação obtido pela operadora. Ou seja, por exemplo, se a operadora for acreditada em Nível I seu IDSS será de 0,30. Se nível II, seu IDSS será de 0,23. Ou, então, se Nível III, seu IDSS será de 0,15.

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

1.1 – Proporção de Parto Cesáreo

31. 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 (TUSS 22).

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

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

$((P_{2017}-P_{2018})/P_{2017})$. Se o resultado for negativo ou igual a zero, não houve redução.

Exemplo: Proporção de parto cesáreo no ano-base 2017: $P_{2017}= 98\%$.

Proporção de parto cesáreo no ano-base 2018: $P_{2018}= 93\%$.

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 2017, ou não tenha havido redução da taxa, mas aumento ou manutenção, este parâmetro ($V_{redução}$) não será considerado na pontuação.

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

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

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

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

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

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

Exemplo: Proporção de parto cesáreo no ano-base 2017: $P_{2017} = 98\%$.

Proporção de parto cesáreo no ano-base 2018: $P_{2018} = 93\%$.

Redução: 5,10%.

Pontuação do indicador:

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

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

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

$$V = \text{Máximo}(0,02; 0) = 0,02$$

Ou seja, no exemplo dado a operadora ganharia nota 0,02, uma vez que a proporção de parto cesáreo permanece superior a 80%, mas reduziu de 98% para 93% a proporção de parto cesáreo (redução de 5,10%).

Assim, considerando a combinação das diversas situações possíveis, didaticamente apresenta-se a seguir a tabela com as combinações e respectivas pontuações para o indicador:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 2018, 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; II - apresentarem o índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado de acordo com a Ficha Técnica desse Indicador (indicador 4.3), conforme determina o § 2º-B da IN DIDES nº 60 de 09/10/2015, alterada pela IN DIDES nº 68 de 11/05/2017; III - A Operadora informou no TISS arquivo sem movimento para todas as competências do ano-base, porém informou eventos ocorridos no SIP- Sistema de Informações de Produtos;

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

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

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

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

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

Resposta: Conforme disposto no Componente Organizacional do Padrão TISS, os eventos de internação têm sua origem na Guia de Resumo de Internação enviada pelo prestador hospitalar onde ocorreu o atendimento. As demais guias que compõem esse evento são vinculadas à guia de resumo de internação através do número de solicitação de internação. Caso o número de solicitação de internação, que vincula todas as guias participantes de um evento de internação, não seja informado corretamente pela operadora o evento pode não conter todas as guias que deveriam fazer parte dele. Serão considerados no numerador o tipo de consulta = 3 (pré-natal) nas guias de consulta ou de SP/SADT (não vinculadas a evento de internação) + Atendimento ambulatorial código TUSS 0101012 (Consulta em consultório no horário normal ou preestabelecido) com CBO 225250 (Médico ginecologista e obstetra), realizadas nas 42 semanas antes do parto. No denominador serão considerados os códigos TUSS nos eventos de internação: 31309127 (Parto via vaginal) + 31309054 (Cesariana) + 31309208 (Cesariana com histerectomia) + 31309135 (Parto múltiplo).

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

Resposta: Para se identificar as grávidas no ano-base e no ano anterior (até 42 semanas antes do parto), serão considerados os partos em beneficiárias, univocamente identificadas, em planos que contenham segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia no ano-base.

42. Para as beneficiárias que tiveram partos realizados até agosto de 2018, as consultas realizadas em 2017 serão computadas no cálculo do IDSS?

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 2018, também serão consideradas as consultas realizadas em 2017 desde que estas consultas estejam dentro do período de 42 semanas antes do parto.

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

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

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

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

Os dados enviados para TISS podem e devem ser corrigidos/atualizados a qualquer tempo. No entanto, para fins de avaliação de desempenho das operadoras no IDSS referente ao ano de 2018, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida.

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

Por exemplo:

⇒ A Operadora XYZ, segundo os dados do TISS enviados até a data de corte, realizou 2 consultas ou menos para as beneficiárias que tiveram parto em 2018. Conforme regra de pontuação do indicador definida na ficha técnica, é atribuída pontuação zero ao indicador.

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

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

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

Por exemplo:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3 - Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Os dados enviados para o TISS podem e devem ser corrigidos/atualizados a qualquer tempo. No entanto, para fins de avaliação de desempenho das operadoras no IDSS referente ao ano de 2018, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida.

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

52. No IDSS, ao recalcular internamente o indicador 1.3, 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.

53. Os parâmetros da Ficha Técnica do indicador 1.3 do IDSS indicam a média das medianas das taxas de internação por fratura de fêmur em idosos entre os anos de 2012 e 2015, por porte da operadora. Por que a meta do indicador prevê uma adição de 20% sobre as médias?

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

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

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

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

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

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

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

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

55. Apesar de o nome do indicador 1.4 ser “Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 Anos”, o conceito apresentado na ficha técnica é “Número total de consultas ambulatoriais para o cuidado integral da criança por beneficiários de até 4 anos no período considerado”. O que será avaliado neste indicador?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Os dados enviados para TISS podem e devem ser corrigidos/atualizados a qualquer tempo. No entanto, para fins de avaliação de desempenho das operadoras no IDSS referente ao ano de 2018, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida.

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

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

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

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

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

1.5 - Taxa de Citopatologia Cérvico- Vaginal Oncótica

60. A ficha técnica do indicador 1.5 – 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 não será considerado no numerador do indicador 1.3 - Taxa de Citopatologia Cérvico-Vaginal Oncótica, pois este código é de envio consolidado, no ano-base 2018, conforme tabela TUSS 64.

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

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 2018, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida.

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

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

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

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

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

1.6 - Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada

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

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

Assim, a partir dos beneficiários que possuem cobertura ambulatorial, no denominador é estimado o total de beneficiários diabéticos da operadora e no numerador são computados o total de exames de hemoglobina glicada realizados no ano (a partir do 2º exame) pelos diabéticos da operadora.

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

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

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

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

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

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

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

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

A Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD (2016) recomenda que exames de hemoglobina glicada (HbA1c) devam ser realizados pelo menos duas vezes ao ano por todos os pacientes diabéticos. Logo, o beneficiário diabético deve realizar ao menos 2 exames ao longo do ano-base de 2018. 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 2018. 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 2018.

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 2018).

Beneficiário	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan
	2017	2017	2017	2017	2017	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2019
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 2018. Logo, o exame deste beneficiário não será computado no numerador.

Beneficiário 2: Realizou o 2º exame recomendado no ano-base 2018. Logo, os 2 exames deste beneficiário serão considerados no numerador.

Beneficiários 3 e 4: só realizaram 1 exame em 2018, logo seus exames não serão computados no numerador.

Beneficiários 5 e 6: deveriam ter realizado 2 exames ao longo de 2018, 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 2018.

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

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

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

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

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

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

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

Os dados enviados para TISS podem e devem ser corrigidos/atualizados a qualquer tempo. No entanto, para fins de avaliação de desempenho das operadoras no IDSS referente ao ano de 2018, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida.

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

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

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

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

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

1.7 - Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Cárie

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

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

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

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

Os dados enviados para TISS podem e devem ser corrigidos/atualizados a qualquer tempo. No entanto, para fins de avaliação de desempenho das operadoras no IDSS referente ao ano de 2018, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida.

Motivo 2: Inconsistências nos dados, arquivos ou sistemas necessários para o cálculo do indicador. Conforme estabelecido na alínea (b) e no §3º do art. 4º da IN DIDES nº 60 de

09/10/2015, a Operadora receberá zero no respectivo indicador quando os dados necessários para o seu cálculo apresentarem inconsistências.

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

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

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

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

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

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

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

1.8 - Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - Periodontia

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

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

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

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

Os dados enviados para TISS podem e devem ser corrigidos/atualizados a qualquer tempo. No entanto, para fins de avaliação de desempenho das operadoras no IDSS referente ao ano de 2018, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

69 Por que o Denominador do indicador 1.9 do IDSS, referente à Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos, considera guias com 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.

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

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

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

71 Qual a definição de médico generalista?

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

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

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

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

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

Os dados enviados para TISS podem e devem ser corrigidos/atualizados a qualquer tempo. No entanto, para fins de avaliação de desempenho das operadoras no IDSS referente ao ano de 2018, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

74 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
10% do IDQS	1,0000
Operadora não tem programa aprovado	Operadora não pontuada

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

75 No IDSS 2018 (ano-base 2017), os Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças que incluíam a área de atenção ao idoso recebiam pontuação bônus de 15%. Para o ano-base 2018, esses Programas não receberão pontuação diferenciada?

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

76 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.

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

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

1.11 - Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS

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

Resposta: 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
Certificação em APS Nível I: 0,30 do IDQS	1,0000
Certificação em APS Nível II: 0,23 do IDQS	0,7666
Certificação em APS Nível III: 0,15 do IDQS	0,5000
Participação nos demais Projetos de Indução: 0,10 do IDQS	0,3333
Operadora não participante dos Projetos de Indução	Operadora não pontuada

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

O resultado final do IDQS acrescido da pontuação base não poderá ultrapassar o valor 1 (um).

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

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

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

Motivo: Não ter assinado o Termo de Compromisso/Termo de Acompanhamento ou 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; (4) Projeto Piloto em APS e (5) Certificação em APS. 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.

(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.

(3) Em Relação ao Projeto OncoRede:

- Assinar o termo de Acompanhamento de Inovações em Qualidade nos Serviços de Saúde na área de Oncologia – Projeto OncoRede;
- 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
- Realizar as atividades previstas no Termo de Compromisso.

(4) Em relação ao Projeto – piloto em APS:

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

(5) Em relação à certificação em APS:

- Receber o certificado de Acreditação em APS; e
- Comunicar à ANS até o último dia útil do ano-base analisado

80 No IDSS, como as operadoras poderão receber o bônus referente à Certificação em APS, visto que até o momento a normativa oficial não foi divulgada e desta forma, as operadoras não terão tempo para executarem a certificação?

Resposta: O critério de bonificação da certificação em APS para o IDSS 2019 (ano-base 2018) está regulamentado pela Resolução 440/2018, de 14 de dezembro de 2018. O fato de o programa não estar efetivado não haverá nenhum impacto no IDSS do setor.

81 No IDSS, 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 0,10 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

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

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

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

Resposta: Este indicador é calculado em duas etapas. O resultado, indicado no quadro de pontuação, é calculado, primeiramente, a partir do resultado obtido entre a divisão da “quantidade de sessões de hemodiálise crônicas identificadas nas Guias TISS”, informada no campo “QUANTIDADE INFORMADA DE PROCEDIMENTOS OU ITENS ASSISTENCIAIS” de cada guia, pela “média de beneficiários da OPS em planos que incluem a segmentação ambulatorial em 2018.

Operadoras com resultado maior ou igual a 0,062 seriam pontuadas com a nota máxima do indicador. Entretanto, há uma “penalidade” na pontuação para operadoras que atingem o resultado esperado via TISS, porém, apresentam alta utilização de 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 0,006663.

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

Resposta: Serão considerados apenas os atendimentos de hemodiálise dos ABIs que representam os quatro últimos períodos de competências sucessivas (representando um ano de identificação). Ou seja, para 2018, serão considerados os eventos notificados nos ABIs 67º, 69º, 71º e 73º.

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).

85 No IDSS, no indicador 2.1, referente à Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário, por qual razão é necessário fazer o tratamento considerando a estimativa baseada no histórico de ressarcimento (ajuste da quantidade total de atendimentos de hemodiálise identificados em 2018 - 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 $TaxaH_Op = NUH/Benef$.

86 No indicador 2.1 do IDSS, referente à Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário, a estimativa de indeferimento das operadoras (ajuste do numerador -NUH- da fórmula: TaxaH_Op = NUH/Benef) será aplicada sobre a quantidade total de atendimentos identificados ao longo do ano de 2018?

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.

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

Resposta: Como se espera que parte dos eventos avisados em 2018 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 2018, a estimativa de indeferimentos irá considerar as taxas de indeferimento dos ABIs lançados nos anos de 2015 (ABI 54º e ABI 55º), 2016 (ABI 56º ao ABI 58º) e 2017 (ABI 59º, 61º, 63º e 65º), conforme apresentado na Ficha Técnica do indicador.

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

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

- 1) Para o cálculo do denominador do indicador, o cálculo da Média de Beneficiários em planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado (Benef) será utilizada a média dos beneficiários por operadora no ano-base 2018 (SIB).
- 2) Para o cálculo do denominador da fórmula $TaxaH_Op = NUH/Benef$, será utilizado o ano de competência dos ABIs lançados em 2018, considerando-se apenas os ABIs referentes aos quatro últimos períodos de competências sucessivas (representando um ano de identificação). Portanto, para 2018 serão considerados os ABIs 67º, 69º, 71º e 73º. Com isso, no denominador da fórmula (Benef) será calculada a média dos beneficiários por operadora nas competências de 04/2016 a 03/2017 (SIB).

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

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

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

Motivo: Critério técnico estabelecido na ficha técnica do indicador

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

91 Para o indicador 2.1 do IDSS, referente à Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário, A ANS irá divulgar o fator de ajuste (FA₂₀₁₈) que será aplicado sobre a quantidade total de atendimentos gerais lançados no ano de 2018 e que foram impugnados pelas operadoras?

Resposta: Este fator (FA₂₀₁₈), 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.

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

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

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

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

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

2.2 – Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idoso

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

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

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

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

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

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 2018, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida.

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

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

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

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

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

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

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

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

Motivo 4: O resultado obtido refere-se a uma pontuação equivalente a um resultado igual zero.

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

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

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

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

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

Resposta: Sim. Os dados são coletados pela ANS na data de corte do IDSS ano-base 2018 e representam a situação da operadora nesta data. Assim, qualquer alteração executada nos bancos de dados em data posterior à data de corte estabelecida, mesmo que retroativa, não alterarão o resultado encontrado. De forma simplificada, os dados coletados pela ANS representam a “fotografia” das informações fornecidas pela operadora constantes nos bancos de dados na data de corte.

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

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

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

Os Dados são considerados inconsistentes nas seguintes situações:

1- Operadora com 100% de planos com registro provisório, OU 100% registro provisório + planos SCPA + cancelados + transferidos
2- Operadora sem área de atuação (exclui operadora com 100% de planos antigos).
3- Operadora sem rede informada no RPS ou SCPA
4- Operadora não possui prestadores de Urgência e Emergência no RPS
5- A operadora não enviou dados do TISS, referentes a um ou mais meses do ano-base analisado
6- A operadora processou corretamente os arquivos, informando que não teve movimento no TISS no período analisado E, ao mesmo tempo, informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base
7- A operadora não teve lançamento incorporado no banco do TISS
8- Operadora possui índice de completude dos dados do TISS inferior a 30% no ano-base e não pertence ao segmento autogestão por RH
9- Operadoras com rede informada para seus produtos, mas em 100% dos casos, não há registro de CNES, na área de atuação informada no RPS

10- 100% dos prestadores classificados no campo "Natureza Jurídica" como Administração Direta
11- 100% prestadores de serviços de urgência e emergência 24 horas, exclusivos do Sistema Único de Saúde - SUS
12- 100% de "Tipo de Guia 2 - SP/SADT não vinculada à internação" e "Caráter de Atendimento - eletivo" e/ou 100% de Tipo de Guia 3 - Resumo de internação" e "Caráter de Atendimento - eletivo"

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

104 Para fins de cálculo do IDSS, como identifico no CNES os prestadores que devem ser excluídos do cálculo 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

118 A Portaria 1.101/2002 do Ministério da Saúde é citada como referência para definição da meta estabelecida para o indicador 2.4 - Taxa de Primeira Consulta ao Dentista no ano por Beneficiário. Esta Portaria foi revogada em 2015. A meta estabelecida para o indicador não deveria ser reavaliada?

Resposta: De fato, a Portaria nº 1.101/2002 do Ministério da Saúde, foi substituída pela Portaria GM/MS nº 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015. Entretanto, a revogação da Portaria não invalida a meta estabelecida para o indicador 2.4, pois a Portaria GM/MS nº 1.631/GM estabelece o parâmetro de 1 consulta odontológica programática/ano no âmbito da população a ser coberta no âmbito do Sistema Único de Saúde. O indicador 2.4 define como ideal que cada beneficiário com 2 anos ou mais de idade faça uma consulta anual com dentista. A meta é atingir 80% do ideal, ou seja, um resultado igual ou superior a 0,8 primeiras consultas odontológicas por beneficiário, no período considerado. Portanto, a meta estabelecida está de acordo com a Portaria vigente.

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

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 2018, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida.

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

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

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

2.5. – Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica

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

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

121 Por que o indicador 2.5 do IDSS, 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.

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

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

Os motivos que geram dados inconsistentes são os seguintes:

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

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

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

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

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

125 No indicador 2.5 do IDSS, referente ao Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica, para identificação dos municípios da parte de

“dispersão” do Indicador serão considerados todos os prestadores de serviços cadastrados no RPS?

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

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

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

127 Para fins de cálculo do IDSS, como identifico no CNES os prestadores que devem ser excluídos do cálculo 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

133 Minha Operadora obteve resultado “0” (zero) para o indicador 2.5 do IDSS, 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.

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

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

- 1) Este indicador não se aplica aos planos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, pois estes não possuem a informação da área de atuação;
- 2) Serão desconsiderados os produtos que operam exclusivamente com livre escolha de prestadores;
- 3) Serão desconsideradas as operadoras que não possuem 100% dos planos com segmentação exclusivamente odontológica;
- 4) Na segunda parcela do indicador, referente à “utilização” do método de cálculo, serão desconsiderados como prestadores **ODONTOLÓGICOS** aqueles que apresentem todos os atendimentos com “Tipo de Guia 4 – Tratamento

Odontológico” e “Origem de Guia 4 – Reembolso”, desde que haja indicação de Acesso à Livre Escolha de Prestadores para consultas odontológicas e/ou exames odontológicos complementares e/ou prevenção odontológica e/ou periodontia e/ou dentística e/ou endodontia e/ou cirurgia odontológica ambulatorial e/ou procedimentos não pertencentes ao Rol Odontológico no Sistema de Registro de Produtos.

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

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

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

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

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

"5. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resposta: Não. A mediana depende dos resultados de todas as operadoras, e só poderá ser divulgada após a divulgação preliminar dos resultados do IDSS Ano-base 2018 para cada operadora.

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

Resposta: Os atributos previstos para cálculo do indicador são:

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

A origem das informações do QUALISS são as seguintes:

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

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

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

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

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

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

Resposta: Não. A mediana depende dos resultados de todas as operadoras, e só poderá ser divulgada após a divulgação preliminar dos resultados do IDSS Ano-base 2018 para cada operadora.

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

Resposta: Os atributos previstos para cálculo do indicador são:

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

A origem das informações do QUALISS são as seguintes:

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

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

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

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

2.8. – Índice de Efetiva Comercialização de Planos Individuais

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3 – Indicadores da Dimensão Sustentabilidade no Mercado – IDSM

3.1. – Índice de Recursos Próprios

151A nota da minha operadora no indicador 3.1 do IDSS, referente ao Índice de Recursos Próprios, não corresponde com o valor de Margem de Solvência atualmente exigido considerando o escalonamento previsto na Resolução Normativa 209/2009. O que pode ter acontecido?

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

Índice de Recursos Próprios = Patrimônio Líquido Ajustado / Recurso Próprio Mínimo

E este cálculo leva em consideração as seguintes especificações:

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

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

152A nota da minha operadora no indicador 3.1 do IDSS, referente ao Índice de Recursos Próprios, foi zero. O que pode ter acontecido?

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

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

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

em vigor; ou II — por meio da apresentação de termo de garantia firmado com o mantenedor.”

3.2. – Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar

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

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

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

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

A fórmula de cálculo é a seguinte:

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

Onde:

RVE: Reparação Voluntária e Eficaz

NP: Demandas não procedentes

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

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

3.3. – Índice Geral de Reclamação

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Contratação (Individual, Empresarial e Adesão);
- Cobertura (Ambulatorial, Amb+Hosp, Hospitalar);
- Presença ou não de 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.

161 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.

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

Resposta: Não é possível disponibilizar informações prévias, uma vez que o cálculo do indicador é dinâmico, variando de acordo com as NTRPs vigentes em 31/12/2018, executado, porém, somente a partir da data de corte do IDSS. Além disso, os valores de referência podem influenciar as NTRPs enviadas pelas operadoras. Além disso, ressalta-se que as informações de NTRP, por influenciarem no âmbito concorrencial, são informações reservadas.

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

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

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

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

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

Resposta: Para cálculo do indicador consideram-se todas as NTRPs vigentes para produtos ativos no último dia ano-base avaliado, ou seja, 31/12/2018.

3.5 – Pesquisa de Satisfação de Beneficiários

166 Onde posso obter informação acerca do indicador 3.5 do IDSS, 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/pqo2019_faq_pesq_satisfacao_benef.pdf.

167 A até que dia a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários deve ter sido finalizada para ser elegível à pontuação no IDSS?

Resposta: Para ser elegível à pontuação no IDSS ano-base 2018, a pesquisa deve ter sido concluída e encaminhada à ANS até a data de corte do programa.

168 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 a data de corte do programa, 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 a data de corte do Programa, 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 a data de corte do Programa, 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%)

169 A operadora que, em 31 de dezembro do ano base de cálculo do IDSS, tiver autorização prévia anual da ANS para movimentação da carteira de títulos e

valores mobiliários terá direito ao bônus no IDSM se tiver essa autorização suspensa antes da data de processamento do IDSS?

Resposta: Não. Se entre 31 de dezembro do ano base do cálculo do IDSM e a data de processamento do IDSS a operadora tenha a autorização de movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários suspensa, esta não será elegível à pontuação bônus no IDSM.

3.7 – Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos

170 Qual o objetivo do indicador 3.7, relativo ao Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos?

Resposta: O presente indicador visa avaliar a dispersão de reajustes aplicados a contratos coletivos na carteira da operadora, e o distanciamento do reajuste médio da operadora em relação à média do setor.

171 Por que o indicador 3.7, relativo ao Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos, apresenta em seu método de cálculo duas parcelas separadas?

Resposta: Trata-se de um indicador com análise combinada, cujo objetivo é estimular que as operadoras de planos privados de assistência à saúde busquem eficiência, precifiquem seus contratos adequadamente e exerçam maior nível de mutualismo nos reajustes praticados. Assim, a primeira parte do indicador avalia o distanciamento da média ponderada dos reajustes aplicados em contratos coletivos em relação à média ponderada do setor; e a segunda parte avalia a dispersão dos reajustes aplicados pela operadora.

172 Como é a meta para o indicador 3.7, relativo ao Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos?

Resposta: A meta estabelecida para o indicador 3.7, relativo ao Índice de Reajuste Médio Ponderado aplicado aos Planos Coletivos, é atingir conjuntamente uma média ponderada de reajustes aplicados em planos coletivos, menor ou igual ao reajuste de referência informados pelas operadoras no sistema RPC - Reajuste de Planos Coletivos e um valor do coeficiente de variação inferior a 0,15. O índice de referência do sistema RPC é calculado com base na média ponderada dos reajustes dos contratos coletivos comunicados pelo mercado.

173 Dado a estrutura de cálculo do indicador 3.7, relativo ao Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos, onde o método de cálculo apresenta 2 parcelas e a meta é conjunta, como é apurada a pontuação final da Operadora?

Resposta: A pontuação final do indicador 3.7, relativo ao Índice de Reajuste Médio Ponderado aplicado aos Planos Coletivos, é apurada a partir do peso de 50% para cada componente de cálculo (a primeira parte do indicador onde é avaliado o distanciamento da média ponderada dos reajustes aplicados em contratos coletivos da operadora em relação

ao setor; e a segunda parte onde é avaliada a dispersão dos reajustes aplicados pela operadora).

174 Caso a operadora só tenha realizado um comunicado de reajuste de plano coletivo no ano-base, como se dará o cálculo do indicador 3.7-Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos?

Resposta: Como não é possível calcular o coeficiente de variação da segunda parte do indicador quando o total de comunicados é igual a um ($N=1$), será atribuído 100% do peso da pontuação final do indicador 3.7, relativo ao Índice de Reajuste Médio Ponderado aplicado aos Planos Coletivos ao primeiro componente do cálculo (a primeira parte do indicador onde é avaliado o distanciamento da média ponderada dos reajustes aplicados em contratos coletivos da operadora em relação ao setor).

175 Caso a média do reajuste anual da operadora seja zero, como se dará o cálculo do indicador 3.7-Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos?

Resposta: Como, matematicamente, não é possível calcular o coeficiente de variação quando a média é zero, o segundo componente do indicador não poderá ser apurado. Neste caso, será atribuído 100% do peso da pontuação final do indicador 3.7, relativo ao Índice de Reajuste Médio Ponderado aplicado aos Planos Coletivos ao primeiro componente do cálculo (a primeira parte do indicador onde é avaliado o distanciamento da média ponderada dos reajustes aplicados em contratos coletivos da operadora em relação ao setor).

4.1. – Índice Composto de Qualidade Cadastral

176 No IDSS, o que é o indicador 4.1 – Índice Composto de Qualidade Cadastral?

Resposta: É uma medida da qualidade dos dados cadastrais de beneficiários de uma Operadora, relativa aos campos de identificação do beneficiário e de identificação do plano ao qual está vinculado, conforme seu cadastro no Sistema de Informações de Beneficiário – SIB.

177 Qual a metodologia adotada para o cálculo do indicador 4.1 do IDSS, referente ao Índice Composto de Qualidade Cadastral (SIB)?

Resposta: É feita a soma do número de beneficiários ativos no cadastro de beneficiários da operadora na ANS “validados”, com planos identificados e com CNS válido, com o número de beneficiários dependentes menores também “validado”, com planos identificados e com CNS válido. Posteriormente, esse resultado é dividido pelo total de beneficiários ativos da Operadora no Sistema de Informações de Beneficiários - SIB.

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

Resposta: Os dados considerados para o cálculo são referentes à última competência atualizada do SIB no momento do congelamento das tabelas, na data de corte do programa.

179 Qual a definição de cada fator do cálculo do indicador 4.1 do IDSS, referente ao Índice Composto de Qualidade Cadastral (SIB)?

Resposta:

- Número de Beneficiários ativos no cadastro de beneficiários da operadora na ANS “validados”, com planos identificados e com CNS válido:

Registros Validados (Titular, Dependente Maior ou Dependente Menor).

Considera-se o registro VALIDADO quando, em confronto com a base da Receita Federal, é verificada uma das situações abaixo:

- O CPF, o nome completo e a data de nascimento são idênticos;
 - O CPF, o primeiro nome e o último nome e a data nascimento são idênticos; ou
 - O CPF, o primeiro nome, o nome do meio e a data de nascimento são idênticos;
 - O CPF e data de nascimento são idênticos aos preenchidos na base da Receita Federal, e o primeiro e o último nome do beneficiário são iguais ao primeiro nome e nome do meio, ou o primeiro nome e nome do meio são iguais ao primeiro e último nome do beneficiário.
- Número de Beneficiários dependentes menores ativos no cadastro de beneficiários da operadora na ANS “validado” (quando da ausência de CPF), com planos identificados e com CNS válido:**

Considera-se beneficiário dependente menor identificado quando o registro está preenchido com todos os campos abaixo:

- Código de identificação do beneficiário;
- Nome do beneficiário;
- Data de nascimento;
- Código do beneficiário titular;
- Nome da mãe;
- Código do sexo igual a 1 (masculino) ou igual a 3 (feminino); e
- Cartão Nacional de Saúde.

- Planos identificados

Campo “PLANO (RPS)” ou Campo “PLANO (SCPA)” do beneficiário no cadastro de beneficiários da operadora na ANS preenchido com o número/código do plano que consta na tabela de registro de planos vinculada à operadora.

- CNS válido

Campo “CNS” do beneficiário no cadastro de beneficiários da operadora na ANS preenchido com o CNS do próprio beneficiário; caracteres numéricos, com 15 posições, observando-se que os zeros não significativos fazem parte do CNS; e validado pelo dígito verificador correspondente.

- Beneficiários ativos da operadora no Cadastro de Beneficiários na ANS: Todos os beneficiários da operadora existentes no Cadastro de Beneficiários na ANS cujo contrato do respectivo plano está em vigor.

180 Em que situação a operadora é bonificada no indicador 4.1 do IDSS, referente ao Índice Composto de Qualidade Cadastral (SIB)?

Resposta: Será acrescido à pontuação obtida pela Operadora no Indicador Percentual de Qualidade Cadastral, 0,05 ponto quando o percentual de Beneficiários Menores Validados no Cadastro de Beneficiários da Operadora na ANS encontrar-se entre 80% e 90% (incluindo-se esses limites percentuais); e 0,1 ponto quando o percentual de Beneficiários Menores Validados no Cadastro de Beneficiários da Operadora na ANS encontrar-se acima de 90%.

181 Quando não será calculado o indicador 4.1 do IDSS, referente ao indicador Índice Composto de Qualidade Cadastral (SIB)?

Resposta: O Indicador Percentual de Qualidade Cadastral não será calculado caso a Operadora possua no Cadastro de Beneficiários mais de 5% de CPF repetidos e/ou CNS repetidos.

Número de CPF repetidos: Refere-se ao total de números de CPF com uma ou mais repetições vinculadas a um mesmo plano, exceto os registros que possuem CPF, nome completo e data de nascimento idênticos aos da base de dados da Receita Federal. Considera-se repetição quando um número de CPF aparece mais de uma vez vinculado a um mesmo plano.

Número de CNS repetidos: Refere-se ao total de números de CNS, de registros ativos, com três ou mais repetições na base de registros ativos da Operadora, exceto os registros que possuem CPF, nome completo e data de nascimento idênticos aos da base de dados da Receita Federal. Considera-se repetição quando um número de CNS aparece mais de três vezes na base de registros ativos da Operadora.

182 Por que o resultado do indicador 4.1 do IDSS, referente ao indicador Índice 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.

183 Para fins de cálculo do IDSS, 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

184 Quanto ao indicador 4.2 do IDSS, referente à Taxa de Utilização do SUS, serão considerados todos os atendimentos notificados no ano de 2018 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 2018, serão considerados os eventos notificados nos ABIs 67º, 69º, 71º e 73º.

185 Para o indicador 4.2 do IDSS, referente à Taxa de Utilização do SUS, por qual razão será necessário ajustar, através do cálculo da estimativa baseada no histórico de Ressarcimento, a quantidade total de atendimentos identificados em 2018 (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.

186 Para o indicador 4.2 do IDSS, referente à Taxa de Utilização do SUS, a estimativa de indeferimento das operadoras (fator de ajuste do numerador da fórmula – NUT) será aplicada sobre a quantidade total de atendimentos identificados ao longo do ano de 2018?

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.

187 Para o indicador 4.2 do IDSS, referente à Taxa de Utilização do SUS, como será calculada a estimativa de indeferimento das operadoras (Taxa de Indeferimento Geral – NUT)?

Resposta: Como se espera que parte dos eventos avisados em 2018 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 2018, a estimativa de indeferimentos irá considerar as taxas de indeferimento dos ABIs lançados nos anos de 2015 (ABI 54º e ABI 55º), 2016 (ABI 56º ao ABI 58º) e 2017 (ABI 59º, 61º, 63º e 65º), conforme apresentado na Ficha Técnica do indicador.

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

Resposta: O cálculo da média de beneficiários deverá utilizar o ano de competência dos ABIs lançados em 2018, considerando-se apenas os ABIs referentes aos quatro últimos períodos de competências sucessivas (representando um ano de identificação). Portanto, para 2018 serão considerados os ABIs 67º, 69º, 71º e 73º. Com isso, no denominador da fórmula (Benef) será calculada a média dos beneficiários por operadora nas competências de 04/2016 a 03/2017.

189 Após calculado o indicador 4.2 do IDSS, referente à Taxa de Utilização do SUS, as operadoras com utilização igual ou inferior a 2% automaticamente receberão nota máxima neste indicador?

Resposta: Não. A pontuação final das operadoras neste indicador será consequência da ordenação e classificação das taxas de utilização de todas as operadoras, da seguinte maneira:

- Operadoras classificadas no percentil 80, isto é, o grupo de operadoras que representem 80% das operadoras notificadas pela ANS em 2018 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 ($V = (1 - (P80 < Resultado < P97,5) - P80) / (P97,5 - P80)$).

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).

190 Para o indicador 4.2 do IDSS, referente à Taxa de Utilização do SUS, os beneficiários de plano odontológico também serão considerados no indicador?

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

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

191 Como é o calculado o indicador 4.3 - Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS?

Resposta: O método de cálculo consiste na relação entre o total do Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde no Padrão TISS com seus beneficiários e o total do valor em Reais da despesa assistencial informada no DIOPS com seus beneficiários. Destaca-se que do total do valor informado em Reais dos eventos de atenção à saúde no Padrão TISS com seus beneficiários deve-se descontar os valores informados das guias cujo atendimento tenha sido prestado por operadora intermediária em regime de intercâmbio continuado (corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento de beneficiários conforme o disposto no inciso I do art. 3º e o disposto no art. 17 da RN ANS nº 430/2017).

192 Quais fontes de dados serão utilizadas no denominador do indicador 4.3 - Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS)?

Resposta: Serão utilizados como fonte de dados para o denominador: Cadastro de Operadoras (CADOP/ANS); Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS ; Anexo PLANO DE CONTAS PADRÃO ANS – RECEITAS E DESPESAS; Quadro do item 2.1.4, do item 2 – EVENTOS/SINISTROS A LIQUIDAR; Controle Gerencial (Relatório analítico) em ANEXO I PROCEDIMENTOS PREVIAMENTE ACORDADOS – PPA SOBRE A PROVISÃO DE EVENTOS/SINISTROS A LIQUIDAR - DIOPS/ANS do Anexo III da RN ANS nº 430/2017.

193 Estou em dia com as obrigações periódicas de minha operadora, porém o resultado do indicador 4.3 do IDSS, referente à Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS, não reflete essa situação e o resultado é menor do que 1.

Resposta: A Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar - TISS é medida através da razão entre o total do Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde enviados pela operadora à ANS, incorporados ao seu Banco de Dados, e o valor total em Reais dos Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados de Assistência à Saúde, exceto as despesas com o Sistema Único de Saúde – SUS e Recuperações, informado no DIOPS/ANS. Quanto mais próximos esses valores estiverem entre si, mais próxima de 1 (um) estará a razão entre eles portanto, mais próximos da completude estarão os dados da operadora incorporados ao Banco de Dados da ANS.

194 Para o indicador 4.3 do IDSS, referente à Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS, quais valores considerados e como será realizado o processo de comparação entre os dados do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS e do Envio de Dados do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar - TISS à ANS?

Resposta: Para essa comparação será considerada a relação entre a soma dos valores informados no TISS de acordo com as legendas da mensagem do Componente de Conteúdo e Estrutura do Padrão TISS vigente enviados pela operadora incorporados ao banco de dados da ANS e o valor total das Despesas com EVENTOS/ SINISTROS CONHECIDOS OU AVISADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, nas modalidades de pagamento por procedimento, outras formas de pagamento que não por procedimento e Despesas com Eventos/Sinistros na esfera Judicial, informado no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS, exceto as despesas com o Sistema Único de Saúde – SUS e Recuperações. As contas dessas despesas consideradas no DIOPS para comparação com o valor informado no TISS são:

411111011	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

Dessas contas é descontado o valor total contabilizado a título de despesas assistenciais incorridas com beneficiários de outras operadoras em regime de intercâmbio continuado (corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento de beneficiários conforme o disposto no inciso I do art. 3º e o disposto no art. 17 da RN ANS nº 430/2017) informado na Coluna “Despesas com Eventos/Sinistros Avisados (em R\$)” em “Eventos Indenizáveis Líquidos / Sinistros Retidos referentes aos beneficiários atendidos por corresponsabilidade assumida” no Quadro do item 2.1.4, do item 2 – EVENTOS/SINISTROS A LIQUIDAR; Controle Gerencial (Relatório analítico) em ANEXO I PROCEDIMENTOS PREVIAMENTE ACORDADOS – PPA SOBRE A PROVISÃO DE EVENTOS/SINISTROS A LIQUIDAR - DIOPS/ANS do Anexo III da RN ANS nº 430/2017.

Ou seja, o indicador permite medir a completude e inferir a qualidade do envio de dados do Padrão TISS da operadora para a ANS. A completude do envio de dados incorporados é medida através da razão entre o total do Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde enviados pela operadora à ANS, incorporados ao seu Banco de Dados, e o valor total em Reais dos Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados de Assistência à Saúde, nas modalidades de pagamento por procedimento, outras formas de pagamento que não por procedimento e Despesas com Eventos/Sinistros na esfera Judicial, informado no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS, exceto o valor total contabilizado a título de despesas assistenciais incorridas com beneficiários de outras operadoras em regime de intercâmbio continuado, exceto as despesas com o Sistema Único de Saúde – SUS e Recuperações, informado no DIOPS/ANS. Quanto mais próximos esses valores

estiverem entre si, mais próxima de 1 (um) estará a razão entre eles, portanto, mais próximos da completude estarão os dados do Padrão TISS da operadora incorporados ao Banco de Dados da ANS.

195 Para o indicador 4.3 do IDSS, referente à Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS, há diferença entre a competência evento informada no TISS e a competência em que o evento é contabilizado pela operadora?

Resposta: Não. A competência informada no TISS deve ser a mesma em que o evento foi reconhecido contabilmente pela operadora.

A competência informada no TISS é referente à data do protocolo da cobrança – data em que a operadora recebeu o lote de cobrança com a guia principal da conta enviada pelo prestador.

196 Como é frequente mais de um lançamento para a mesma guia como será considerado esses registros incorporados para a comparação com o DIOPS no cálculo do indicador 4.3 do IDSS, referente à Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS? Será considerado apenas os valores apresentados no último lançamento incorporado dentro de cada competência? Ou todos os lançamentos?

Resposta: Será considerado o valor informado do primeiro lançamento da guia incorporado ao banco de dados da ANS.

197 No indicador 4.3 do IDSS, referente à Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS, nos casos em que há necessidade de realizar exclusões e novos envios de lançamentos, esses procedimentos não irão acarretar diferenças nos valores que serão comparados com os valores do DIOPS, tendo em vista que tais situações podem ocorrer em competências diferentes, em diferentes anos contábeis?

Resposta: O resultado do indicador pode ficar comprometido, dependendo do volume de lançamentos excluídos não substituídos por inclusões no mesmo ano de avaliação do indicador.

198 Todas as operadoras serão avaliadas no indicador 4.3 Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS)?

Resposta: Não. Conforme determina o parágrafo segundo do artigo terceiro da Resolução Normativa nº 173 de 11 de julho de 2008 “§ 2º As autogestões que operam por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado ficam dispensadas do cumprimento do disposto no § 1º.”. Ou seja, o indicador não é aplicável ao grupo de operadoras da modalidade de Autogestão que operam por meio de seu departamento de Recursos Humanos, uma vez que não têm a obrigação do envio da parte econômico financeira do DIOPS anualmente.

199 No cálculo do IDSS, para as cooperativas médicas e odontológicas as contas relacionadas na ficha técnica do indicador Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS) podem ter o sétimo dígito variável (ou seja, diferente de zero)?

Resposta: Sim, tanto as cooperativas médicas quanto odontológicas podem informar no 7º dígito valores diferentes de “ZERO”, conforme item 3.1, Capítulo I, do Anexo da RN nº 290, de 2012, e alterações. Os valores lançados nestas contas são considerados para totalização das despesas assistenciais no DIOPS.

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

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

Resposta: Não. Os percentis dependem dos resultados de todas as operadoras e só poderão ser disponibilizados após a divulgação preliminar dos resultados do IDSS Ano-base 2018 para cada operadora. Para o indicador 4.4 será feita a diferenciação das medianas do setor por segmentação (grupo MH ou OD), uma vez que os dois ramos apresentam comportamentos diferentes.

196 Quando houver atendimento por meio de uma operadora intermediária, os valores glosados destas operadoras também deverão ser considerados no indicador 4.4 do IDSS, referente à Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde?

Resposta: Sim. Todos os valores de glosa diferentes de zero serão considerados no cálculo do indicador 4.4 do IDSS, independentemente de ter havido a participação de uma operadora intermediária.

197 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).

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

198 A operadora não é obrigada a preencher o Código Internacional de Doenças – CID nas guias TISS. Como serão avaliadas no IDSS, se não houver o preenchimento?

Resposta: Pelo fato de o código CID não ser uma informação obrigatória, o indicador 4.5 do IDSS é um bônus, e aumenta em 10% a nota da dimensão IDGR, caso a operadora apresente menos de 30% de suas guias de eventos de internação preenchidas com códigos inespecíficos. Com o indicador 4.5 pretende-se aprimorar a qualidade das informações. Assim, como se trata de um bônus na dimensão IDGR, a operadora não será prejudicada caso o seu resultado seja maior que 30%.