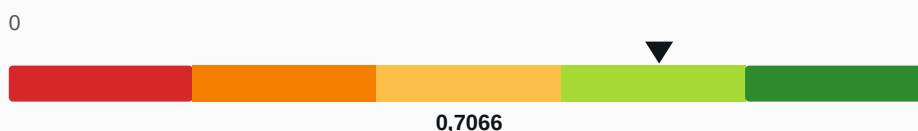


## Confira o Desempenho de sua Operadora

Dados da operadora CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA

<b>Nome Fantasia</b>	CASEMBRAPA
<b>Registro ANS</b>	41640-1
<b>CNPJ</b>	08.097.092/0001-81
<b>Razão Social</b>	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA
<b>Situação do Registro ANS</b>	Ativa
<b>Tipo</b>	Operadora médico-hospitalar
<b>Modalidade</b>	Autogestão

### IDSS da operadora 2020 (Ano-base 2019)



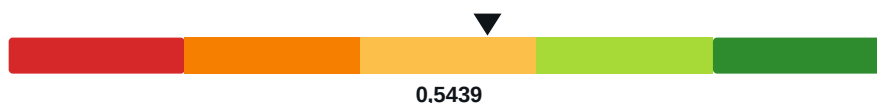
**Pontuação para operadora acreditada:** Não Acreditada

**Indicador bônus:** Operadora não pontuada

**Observação:** Os textos de Conceituação e Meta exibidos foram extraídos da Ficha Técnica oficial do ano-base 2020, que reflete a metodologia em vigor durante este ano-base. Para a redação exata da Ficha Técnica original deste ano-base, consulte o Anexo do Relatório do IDSS na ANS.

## 1 - IDQS — QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE

Avaliação do conjunto de ações em saúde que contribuem para o atendimento das necessidades de saúde dos beneficiários, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada.



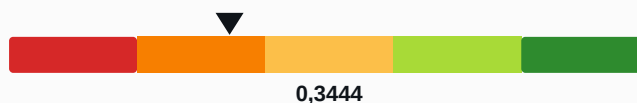
### 1.1. Proporção de Parto Cesáreo (Estímulo ao Parto Normal)



#### Conceituação

Percentual de partos cesáreos realizados pela operadora nas beneficiárias no período considerado.

### 1.2. Taxa de Consultas de Pré-Natal (Atenção ao Pré-Natal)



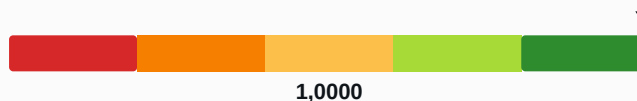
#### Conceituação

Número médio de consultas de pré-natal realizados pela operadora por beneficiária grávida no período considerado.

#### Meta

A meta é atingir pelo menos 7 (sete) consultas de pré-natal por beneficiária grávida durante a gestação de risco habitual ou alto risco.

### 1.3. Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos (Fratura em idosos)



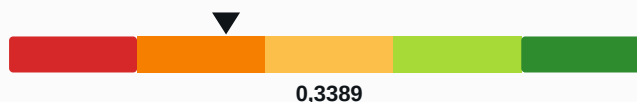
#### Conceituação

Número médio de internações hospitalares por Fratura de Fêmur para cada 1000 beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais, no período considerado.

#### Meta

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).

### 1.4. Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 anos (Cuidado Integral da Criança até os 4 anos)



#### Conceituação

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.

#### Meta

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. Ou, de forma simplificada, apresentar pelo menos 0,95 de razão das consultas realizadas em relação às consultas recomendadas para crianças de até 4 anos.

### 1.5. Taxa de Citopatologia Cérvico-Vaginal Oncótica (Preventivo de Câncer de Colo do Útero)



#### Conceituação

Número de procedimentos diagnósticos em citopatologia cérvico-vaginal oncótica realizados no período considerado para cada 100 beneficiárias da operadora na faixa etária de 25 a 64 anos.

#### Meta

A meta anual é atingir um resultado igual ou superior a 33 exames de citopatologia cérvico-vaginal oncótica para cada 100 beneficiárias na faixa etária de 25 a 64 anos, considerando a realização de um exame a cada três anos, em mulheres nessa faixa etária.

### 1.6. Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada (Cuidado ao Diabético)



#### Conceituação

Número médio de exames de hemoglobina glicada por beneficiário com diabetes mellitus e idade entre 19 e 75 anos de idade, no período considerado.

#### Meta

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.

### 1.7. Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - CÁRIE (Prevenção da Cárie)

NA

#### Conceituação

Percentual do número de procedimentos voltados à preservação das estruturas dentárias em relação ao número total de procedimentos odontológicos realizados no período de análise.

#### Meta

A meta é atingir um resultado igual ou superior a 80% da mediana do setor (MS), por porte e grupo da operadora (MH ou OD).

### 1.8. Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - PERIODONTIA (Cuidados com a Gengiva)

NA

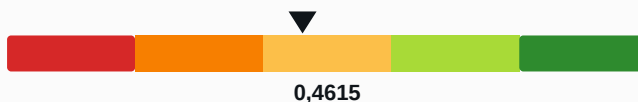
#### Conceituação

Percentual do número de procedimentos preventivos em periodontia em relação ao número total de procedimentos odontológicos realizados no período de análise.

#### Meta

Dado que a fonte de dados para este indicador será o TISS e ainda não há histórico para estabelecimento de uma meta, a referência de procedimentos preventivos periodontais será estabelecida pela mediana do próprio setor. A meta é atingir um resultado igual ou superior à 80% da mediana do setor (MS), por porte e grupo da operadora (MH ou OD).

### 1.9. Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos (Cuidado Integral do Idoso)



#### Conceituação

Razão de consultas ambulatoriais com generalistas pelo número de consultas ambulatoriais com especialistas para beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais no período considerado.

#### Meta

A literatura aponta para uma meta com um resultado igual ou superior a 3 ou 4 consultas com médico generalista por uma consulta com especialista, por beneficiário na faixa etária de 60 anos ou mais. Entretanto, diante da necessidade de mudança do modelo de atenção brasileiro, é importante apontar para o aumento progressivo da meta. Será considerada uma meta ainda distante do desejado, de 1 generalista para até 5 especialistas (1:5 = 0,2), com previsão de aumento da meta ao longo dos anos até que essa razão comece a se inverter. 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.

### 1.10. Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças dos Clientes)



#### Conceituação

Pontuação base atribuída ao resultado do Índice de Desempenho da Dimensão Qualidade na Atenção à Saúde – IDQS, para as operadoras que tiverem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças devidamente cadastrados e aprovados junto à ANS.

#### Meta

*Indicador bônus — pontuação-base atribuída quando a operadora cumpre os critérios definidos pela ANS.*

### 1.11. Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS (Participação do Plano de Saúde em Projetos de Qualidade)



#### Conceituação

Pontuação base atribuída ao resultado do Índice de Desempenho da Qualidade em Atenção à Saúde – IDQS, para as operadoras que assinaram Termo de Compromisso / Termo de Acompanhamento em um dos Projetos: (1) Parto Adequado; e (2) Projeto-piloto em APS, até o último dia útil do ano-base analisado. A pontuação também será atribuída às Operadoras cuja Certificação em Atenção Primária à Saúde - APS, obtida junto a uma Entidade Acreditadora em Saúde, tenha sido concedida até o último dia útil do ano-base analisado.

#### Meta

*Indicador bônus — pontuação-base atribuída quando a operadora cumpre os critérios definidos pela ANS.*

### 1.12. Participação no Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor - Pontuação Base (Adoção de Remuneração que Considere a Qualidade para Hospitais, Clínicas, Laboratórios e Profissionais de Saúde)



#### Conceituação

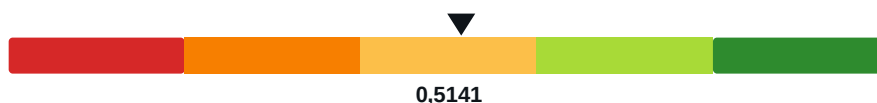
Pontuação base atribuída ao resultado do Índice de Desempenho da Qualidade em Atenção à Saúde – IDQS, para as operadoras que participam do Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor no ano-base analisado. Tem como objetivo induzir o setor para busca de alternativas para a forma de remunerar os prestadores de serviço em substituição ao Fee For Service exclusivo, desde que os novos modelos assegurem a qualidade dos serviços prestados e não se baseiem exclusivamente na redução dos custos. O foco dos modelos de remuneração baseados em valor deve ser alcançar bons resultados em saúde para os pacientes com um custo mais acessível tanto para os pacientes quanto para os planos de saúde, evitando-se focar somente na simples redução dos gastos (MILLER, 2017).

#### Meta

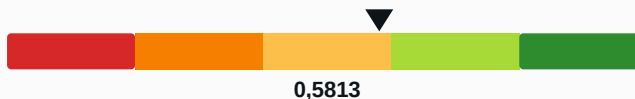
*Indicador bônus — pontuação-base atribuída quando a operadora cumpre os critérios definidos pela ANS.*

## 2 - IDGA — GARANTIA DE ACESSO

Condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores.



### 2.1. Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário (Renal Crônico)



#### Conceituação

Número médio de sessões de hemodiálise crônica realizadas por beneficiário de planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado.

### 2.2. Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos (Médico de Referência do Idoso)



#### Conceituação

Número médio de consultas ambulatoriais com generalista por beneficiário na faixa etária de 60 anos ou mais no período considerado.

#### Meta

A meta é atingir um resultado igual ou superior a 2 consultas com médico generalista por beneficiário na faixa etária de 60 anos ou mais, no período considerado.

### 2.3. Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 horas (Acesso a Urgência e Emergência)



#### Conceituação

O indicador analisa de forma combinada a dispersão e a utilização dos serviços de urgência e emergência que compõem a rede da operadora. A Dispersão de Serviços de Urgência e Emergência representa a proporção de municípios listados na área de atuação dos produtos que apresentam disponibilidade de serviços de urgência e emergência na rede assistencial da operadora, em relação aos municípios listados na área de atuação dos produtos que apresentam previsão de cobertura de serviços de urgência e emergência. A Utilização de Prestadores de Urgência/Emergência que compõem a Rede da Operadora representa a proporção de estabelecimentos de urgência/emergência cadastrados na rede assistencial dos planos na área de atuação dos produtos, dentre aqueles estabelecimentos de urgência/emergência na área de atuação dos produtos que foram efetivamente utilizados pelos beneficiários da operadora.

#### Meta

Apresentar serviços de urgência e emergência em 100% dos municípios com previsão de cobertura assistencial. Atingir 100% dos atendimentos de urgência/emergência em prestadores cadastrados na rede da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS.

#### 2.4. Taxa de Primeira Consulta ao Dentista por Beneficiário por ano (Consulta com Dentista)

NA

##### Conceituação

Esse indicador tem como objetivo avaliar a ida ao dentista anualmente para mensurar o acesso à prevenção de doenças e promoção da saúde bucal. É representado pelo número médio de primeiras consultas odontológicas por beneficiário da operadora no período considerado.

##### Meta

O ideal é que cada beneficiário com 2 anos ou mais de idade faça pelo menos uma consulta anual com dentista para que sejam assegurados os procedimentos preventivos e orientação em saúde bucal. Considerando a necessidade de busca ativa desses pacientes, a alta rotatividade dos beneficiários em planos odontológicos, a meta para esse indicador é atingir 50% do ideal, ou seja, um resultado igual ou superior a 0,5 primeira consulta odontológica por beneficiário univocamente identificado, no período considerado.

#### 2.5. Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica (Acesso ao Dentista)

NA

##### Conceituação

O indicador analisa de forma combinada a dispersão e a utilização dos serviços odontológicos que compõem a rede da operadora. A Dispersão da Rede Assistencial Odontológica representa a proporção dos municípios listados na área de atuação dos produtos que apresentam disponibilidade de prestadores odontológicos na rede assistencial da operadora, em relação aos municípios listados na área de atuação dos produtos que apresentam previsão de cobertura assistencial odontológica. A Utilização de Prestadores Odontológicos que compõem a Rede da Operadora representa a proporção de estabelecimentos odontológicos cadastrados na rede assistencial dos planos na área de atuação dos produtos, dentre aqueles estabelecimentos odontológicos cadastrados na rede assistencial dos planos na área de atuação dos produtos que foram efetivamente utilizados pelos beneficiários da operadora.

##### Meta

Apresentar prestadores odontológicos em 100% dos municípios com previsão de

#### 2.6. Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Atributo de Qualidade (Qualidade de Hospitais)



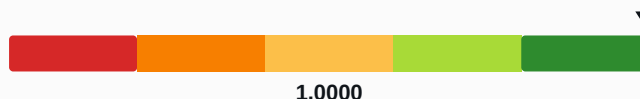
##### Conceituação

Mostra a proporção de utilização pelos beneficiários da operadora, de rede de hospitais com Atributo de Qualidade, conforme o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, nos termos da Resolução Normativa 405/2016, comparativamente ao total de utilização da rede da operadora. A rede avaliada é a hospitalar. Os atributos de qualidade são os definidos no Anexo V da RN 405/2016, conferidos e/ou informados por Entidades participantes do QUALISS. Serão considerados para cálculo deste indicador os seguintes atributos de qualidade que estiverem disponíveis em 31 de dezembro do ano-base do IDSS avaliado: Quadro 1: Rede Atributo de Ícone Legenda Qualidade Hospitais Acreditação A Programa de Acreditação PM-QUALISS Q Qualidade Monitorada

##### Meta

A meta é atingir 80% da mediana do setor (MS) para a frequência de utilização de prestadores com atributo de qualidade (URQ) no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS.

### 2.7. Frequência de Utilização de Rede de SADT com Atributo de Qualidade (Qualidade de Laboratórios)



#### Conceituação

Mostra a proporção de utilização pelos beneficiários da operadora, de rede com Atributo de Qualidade, conforme o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, nos termos da Resolução Normativa 405/2016, comparativamente ao total de utilização da rede da operadora. As redes avaliadas são a rede de serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento (SADT). Os atributos de qualidade são os definidos no Anexo V da RN 405/2016, conferidos e/ou informados por Entidades participantes do QUALISS. Serão considerados para cálculo deste indicador os seguintes atributos de qualidade que estiverem disponíveis em 31 de dezembro do ano-base do IDSS avaliado: Quadro 1: Rede Atributo de Ícone Legenda Qualidade SADT Acreditação A Programa de Acreditação PM-QUALISS Q Qualidade Monitorada

#### Meta

A meta é atingir 80% da mediana do setor (MS) para a frequência de utilização de prestadores com atributo de qualidade (URQ) no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS.

### 2.8. Índice de efetiva comercialização de planos individuais (Acesso à Contratação Individual)

NA

#### Conceituação

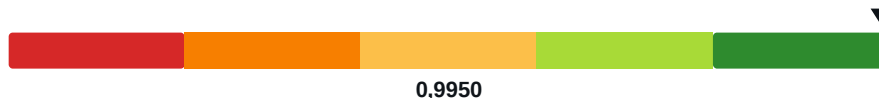
Crescimento de beneficiários titulares na carteira de planos individuais regulamentados.

#### Meta

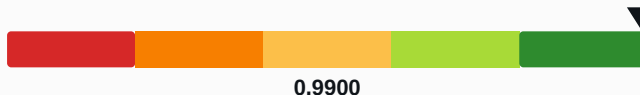
A meta é atingir um crescimento da Carteira de beneficiários titulares em planos individuais regulamentados de:  $\frac{69}{100}$  Para operadoras exclusivamente médico-hospitalares: 1,5% a.a..  $\frac{69}{100}$  Para operadoras exclusivamente odontológicas: 4,0% a.a.. Para operadoras médico-hospitalares que atuam no setor odontológico: atingir uma das metas indicadas, de acordo com a carteira MH ou OD. O bônus final será uma ponderação entre o número de beneficiários MH (peso 2) e OD (peso 1) pelos percentuais obtidos.

### 3 - IDSM — SUSTENTABILIDADE NO MERCADO

Monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando seu equilíbrio econômico-financeiro, passando pela satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores.



#### 3.1. Índice de Recursos Próprios (Solidez do seu Plano de Saúde)



##### Conceituação

Razão entre o Patrimônio Líquido Ajustado e o Capital Regulatório exigido.

##### Meta

A pontuação do indicador ICR da operadora deve ser igual a 1.

#### 3.2. Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar (Resolução de Queixas do Cliente)



##### Conceituação

É uma taxa que 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.

##### Meta

Taxa de Resolutividade (TR) igual ou superior a 90,0%.

#### 3.3. Índice Geral de Reclamações (IGR) (Reclamações Gerais do Cliente)



##### Conceituação

Número médio de reclamações de beneficiários de planos privados de saúde, que recorreram à ANS, no período dos doze meses do ano base. O índice é apresentado tendo como referência cada 100.000 beneficiários do universo de beneficiários analisado. Para cálculo do indicador são incluídas somente as reclamações recebidas nos doze meses do ano base e classificadas até a data de extração do dado.

##### Meta

A meta para este indicador foi estipulada com base no percentil 2, aplicando o IGR para o ano de 2016. Dessa forma, a meta é de 7,07 reclamações para cada conjunto de 100.000 beneficiários.

#### 3.4. Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos (Preço do plano de Saúde)

NA

##### Conceituação

Razão entre a quantidade de Notas Técnicas de Registro de Produtos (NTRP) com valores comerciais nas primeira, sétima e décima faixas etárias abaixo do limite inferior estatístico e o total de NTRP's associadas a planos ativos em comercialização pela operadora.

##### Meta

A meta é atingir resultado igual a zero no indicador, ou seja, nenhuma NTRP com valor comercial da mensalidade, por faixa etária, abaixo do limite inferior estatístico.

### 3.5. Pesquisa de Satisfação do Beneficiário (Satisfação do Cliente/Paciente)



#### Conceituação

Pontuação base acrescida ao resultado do Índice de Desempenho de Sustentabilidade do Mercado (IDSM), para as Operadoras que realizarem a Pesquisa de Satisfação de Beneficiário no ano base, com divulgação dos resultados no portal eletrônico e comunicação à ANS. O documento técnico específico com os critérios técnicos e diretrizes para a execução, auditoria e divulgação da pesquisa é divulgado no portal eletrônico da ANS.

#### Meta

Realizar a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários, encaminhar o link da divulgação dos resultados e o Termo de Responsabilidade (Anexo III do Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde) até a data de corte do IDSS avaliado para fazer jus à pontuação relativa à realização de pesquisa de satisfação do beneficiário no IDSS do ano-base correspondente. A realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários será facultativa. As Operadoras que optarem por realizá-la deverão seguir os requisitos mínimos e diretrizes estabelecidos no documento técnico específico divulgado no portal eletrônico da ANS.

### 3.6. Autorização prévia anual para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários (Gestão Financeira Ativa)



#### Conceituação

Pontuação bônus atribuída ao resultado do Índice de Desempenho da Dimensão Sustentabilidade de Mercado – IDSM, para as operadoras que, no escopo da Instrução Normativa DIOPE nº 54/2017, tiverem autorização prévia anual da ANS para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários em 31/dezembro do ano base do cálculo do IDSS e mantiverem tal autorização até a data do processamento do IDSS.

#### Meta

*Indicador bônus — pontuação-base atribuída quando a operadora cumpre os critérios definidos pela ANS.*

### 3.7. Índice de Reajuste Médio Ponderado aplicado aos Planos Coletivos (Dispersão de Reajustes)



#### Conceituação

Avaliar a dispersão de reajustes aplicados a contratos coletivos na carteira da operadora, e o desvio à direita em relação a um índice de reajuste de contratos coletivos (apurado via sistema de Reajustes de Planos Coletivos - RPC para o ano-base).

#### Meta

A meta é atingir conjuntamente, uma Média ponderada de reajustes aplicados em planos coletivos menor ou igual ao reajuste de referência do RPC (reajuste médio ponderado dos contratos com 30 vidas ou mais) e um valor do coeficiente de variação inferior a 0,15.

## 4 - IDGR — GESTÃO DE PROCESSOS E REGULAÇÃO

Entre outros indicadores, essa dimensão afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS.



### 4.1. Índice composto de Qualidade Cadastral (SIB) (Qualidade dos Dados de Cadastro do Cliente)



#### Conceituação

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 Beneficiários.

#### Meta

100% de qualidade do preenchimento dos campos identificadores do beneficiário e do plano ao qual o beneficiário está vinculado.

### 4.2. Taxa de utilização do SUS (Utilização do SUS por Cliente de Plano de Saúde)



#### Conceituação

Delimitação de faixas para classificação de operadoras conforme sua utilização do SUS, baseada no número de eventos de utilização da rede pública de saúde por beneficiários identificados de operadoras de saúde suplementar.

#### Meta

Resultado da operadora inferior ao valor correspondente ao P80 (Percentil 80).

### 4.3. Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS) (Qualidade da Informação em Saúde Enviada para a ANS)



#### Conceituação

Relação entre o Total do Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde do Padrão TISS enviados pela operadora de plano privado de saúde à – ANS e a soma do valor em Reais da Despesa dos Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados de Assistência à Saúde Hospitalar e Odontológica e da Receita das Contraprestações de Corresponsabilidade Cedida, exceto despesas com o Sistema Único de Saúde – SUS e Recuperações, informado pela operadora no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS, no período considerado.

#### Meta

A meta anual é atingir um resultado igual a 1,0 no período considerado.

#### 4.4. Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde (Relacionamento do Plano de Saúde com Hospitais, Laboratórios e Profissionais de Saúde)



##### Conceituação

Indicador que visa representar a relação entre os valores cobrados pelos prestadores de serviços de saúde às operadoras de planos de saúde e as glosas aplicadas pelas mesmas, 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

##### Meta

Quanto menor a ocorrência de glosas, separadamente por segmento - MédicoHospitalar e Odontológico, melhor a pontuação alcançada no indicador, sendo a

#### 4.5. Proporção de Diagnósticos Inespecíficos nos Eventos de Internação Preenchidos nas Guias TISS (Qualidade dos Dados do Diagnóstico)

NA

##### Conceituação

Mede a Qualidade do preenchimento do campo relativo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde CID nas Guias TISS de internação. Faz a relação entre a quantidade de diagnósticos inespecíficos nos eventos de internação e o total dos eventos de internação com código CID - incorporados no banco de dados da ANS no período analisado.

##### Meta

A meta é atingir um resultado inferior a 10% no período analisado. Entretanto, para estimular o aprimoramento do processo de troca de informações na saúde suplementar, será considerada uma meta ainda distante do desejado: 30%.