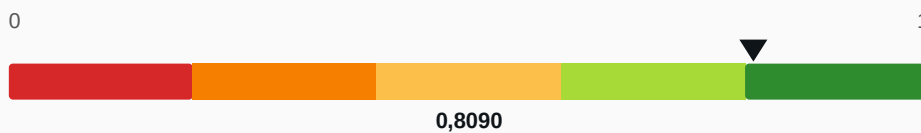


Confira o Desempenho de sua Operadora

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

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

IDSS da operadora 2025 (Ano-base 2024)

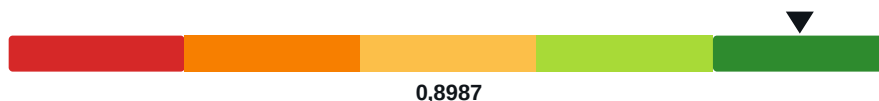


Pontuação para operadora acreditada: Não Acreditada

Indicador bônus: Operadora não pontuada

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)

NA

Conceituação

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

Meta

A meta para que se atinja a pontuação máxima é uma redução maior ou igual que 10% na proporção de partos cesáreos em relação ao ano-base anterior ou atingir um resultado igual ou inferior a 45% de partos cesáreos, independentemente da redução alcançada.

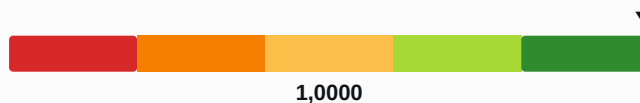
1.2. Taxa de Consultas Médicas de pré-natal (Atenção ao Pré-Natal)



Conceituação

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

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



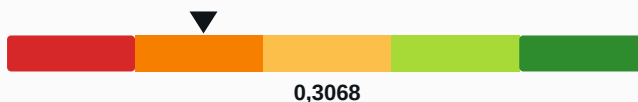
Conceituação

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 média das medianas por porte do anobase atual e do ano-base anterior com adição de 20% a estes valores.1 Parâmetro por porte (Pequeno, Médio e Grande) = Média das Medianas, por porte = (cid:3014)(cid:3032)(cid:3031)(cid:3036)(cid:3028)(cid:3041)(cid:3028)(cid:3276)(cid:3289)(cid:3290)(cid:3127)(cid:3277)(cid:3276)(cid:3294) (cid:3276)(cid:3295)(cid:3296)(cid:3276)(cid:3287)(cid:2878)(cid:3014)(cid:3032)(cid:3031)(cid:3036)(cid:3028)(cid:3041)(cid:3028)(cid:3276)(cid:3289)(cid:3290)(cid:3127)(cid:3277)(cid:3276)(cid:3294)(cid:3280) (cid:3276)(cid:3289)(cid:3295)(cid:3280)(cid:3293)(cid:3284)(cid:3290)(cid:3293) (cid:2870) Meta por porte: Meta por porte = Parâmetro por porte + (20% x Parâmetro por porte)

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



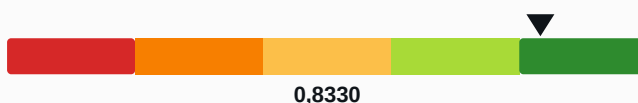
Conceituação

Razão de consultas ambulatoriais de pediatria para crianças de 0 a 4 anos, univocamente identificadas, para avaliar o cuidado integral da criança nesta faixa etária. Compara o resultado em relação ao total de consultas recomendadas na literatura, no período considerado.

Meta

Apresentar uma produção igual a 8 consultas no primeiro ano de vida (12 meses incompletos) e 2 consultas por ano para crianças com idade entre 1 e 4 anos (12 meses completos a 60 meses incompletos). Ou, de forma simplificada, espera-se resultado igual a um. No entanto, diante da necessidade de mudança do modelo de atenção, é importante apontar para o aumento progressivo da meta. Portanto, será atribuída a pontuação máxima para a operadora que 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, no período considerado.

Meta

Apresentar média maior ou igual a 2 (dois) exames de hemoglobina glicada realizada por beneficiário univocamente identificado e com idade entre 19 e 75 anos, que se estima ter diabetes mellitus, no período considerado. Padronização e Tratamento de dados: Após o cálculo do indicador, serão aplicados os métodos de padronização direta por Faixa Etária. Para aplicação da metodologia de padronização, são utilizados os dados do setor: a proporção de beneficiários por faixa de idade, de todas as operadoras avaliadas. Estes dados são disponibilizados anualmente no portal da ANS, em conjunto com os resultados do IDSS do ano-base avaliado, no documento intitulado "Parâmetros do Setor".

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). O cálculo das medianas é realizado a partir dos resultados no ano-base de todas as operadoras avaliadas. Portanto, não existe a possibilidade de disponibilização prévia. As medianas do setor por porte e segmento (MH ou OD) das operadoras são disponibilizadas no portal da ANS, em conjunto com os resultados do IDSS do anobase avaliado, no documento intitulado "Parâmetros do Setor".

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

Considerando o histórico dos dados do TISS para este indicador, apresentado no quadro abaixo, as diferenças existentes entre grupos (MH e OD) e portes das operadoras, e, ainda, a ausência de parâmetros estabelecidos na literatura para o

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



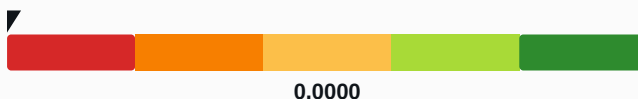
Conceituação

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

Embora não exista um parâmetro específico para a razão entre consultas médicas com generalista/especialista, diante da necessidade de mudança do modelo de atenção brasileiro com fortalecimento da atenção primária em saúde, é importante estabelecer uma meta que estimule o aumento progressivo do acesso a médicos generalistas. Será considerada uma meta de 1,5 consultas com médico generalista para até 5 consultas com médico especialista ($1,5:5 = 0,3$), 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 (uma) consulta generalista para 13 consultas com especialista ($1:13 = 0,0769$), a pontuação para o

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



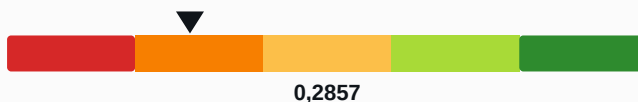
Conceituação

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 Programas de Indução de Melhoria da Qualidade (Participação em Programas de melhoria da Qualidade pelo Plano 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 Programa de Certificação em Boas Práticas de Atenção à Saúde ou em Projetos de Indução de Qualidade vigentes no ano-base: (1) Certificação em Atenção Primária à Saúde – APS; (2) Projeto-piloto em APS Cuidado Integral à Saúde; (3) Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal (CBP Parto Adequado); e (4) Projeto-piloto Cuidado Integral à Gestante e ao Neonato – Parto Adequado.

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 (Adoção de remuneração que considere o desempenho dos prestadores de serviços de saúde)



Conceituação

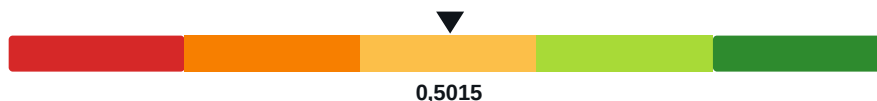
Pontuação base atribuída ao resultado do Índice de Desempenho da Qualidade em Atenção à Saúde – IDQS, para as operadoras que participam do Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor no ano-base avaliado. Tem como objetivo induzir o setor para busca de alternativas para a forma de remunerar os prestadores de serviço em substituição ao Fee For Service exclusivo, desde que os novos modelos sejam centrados na perspectiva da melhoria da 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). Como objetivo específico o Projeto Modelos de Remuneração Baseado em Valor deve contribuir de forma determinante para a melhoria da qualidade do cuidado de acordo com cada contexto clínico.

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)



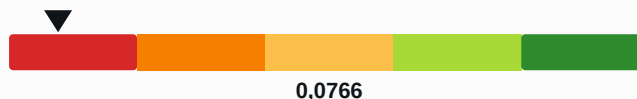
Conceituação

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

Meta

Apresentar um número de sessões de hemodiálise crônica superior a 0,062 sessões por beneficiário por ano, ou seja, cerca de 80% do valor esperado de 0,077 sessões por beneficiário por ano, e apresentar utilização do SUS próxima de zero. Para fins deste indicador, considerou-se como alta utilização do SUS uma taxa de utilização estimada acima de 0,0011513 ao ano. Para o ano-base 2024 a base para estabelecimento da Taxa de Utilização do SUS foram os dados de 2021 e para os anos subsequentes, a meta utilizará a Taxa de Utilização do SUS mais recente disponível quando da elaboração da ficha.

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



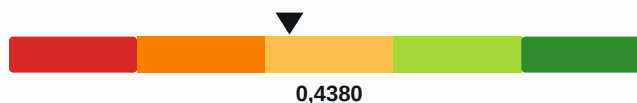
Conceituação

Número médio de consultas ambulatoriais com médico generalista por idoso (60 anos ou mais) univocamente identificado, limitando-se a duas consultas por beneficiário no período considerado

Meta

A meta é atingir um resultado de 2 consultas com médico generalista por beneficiário univocamente identificado na faixa etária de 60 anos ou mais, no ano-base avaliado.

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



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 24 Horas representa a proporção de municípios listados na área de atuação dos produtos que apresentam disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24 horas 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 24 horas. A Utilização de Prestadores de Urgência/Emergência 24 Horas 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 24 Horas na área de atuação dos produtos que foram efetivamente utilizados pelos beneficiários da operadora.

Meta

Apresentar serviços de urgência e emergência 24 horas em 100% dos municípios com previsão de cobertura assistencial. Attingir 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 no ano por Beneficiário (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 dos serviços odontológicos, que compõem a rede assistencial de operadoras em sua área de atuação e o percentual de prestadores com utilização informada no Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar – Padrão TISS, com cadastro no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS. Este indicador se aplica às operadoras que contam com beneficiários apenas em planos odontológicos. Dispersão da Rede Assistencial Odontológica: representa quão frequente é a disponibilidade de ao menos 1 (um) prestador de serviço odontológico nos municípios que compõem a área de atuação da operadora avaliada. A disponibilidade de pelo menos 1 prestador odontológico nos municípios da área de atuação da operadora é verificada por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos – CNES ou do Padrão TISS. Utilização de Prestadores Odontológicos que compõem a Rede da Operadora: representa a proporção de estabelecimentos odontológicos que foram utilizados pelos beneficiários da operadora, informados no Padrão TISS e encontram-se cadastrados na rede assistencial dos planos no RPS, ou seja, representa o percentual de utilização informado no Padrão TISS da rede assistencial cadastrada no RPS pela operadora.

Meta

Apresentar prestadores odontológicos em 100% dos municípios com previsão de

2.6. Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Acreditação (Qualidade de Hospitais)



Conceituação

Mostra a proporção de utilização pelos beneficiários da operadora, de rede de hospitais com acreditação em saúde reconhecidos pelo Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, nos termos da Resolução Normativa 510/2022 e outras certificações (acreditação inferior ao nível máximo com reconhecimento ISQUA), comparativamente ao total de utilização da rede hospitalar da operadora. Para cálculo deste indicador, são considerados os prestadores de serviços de saúde da rede da Operadora, que tenham cadastro no CNES como Hospital Geral, Hospital Especializado ou Pronto Socorro, e que estejam com cadastro ativo no RPS. Serão consideradas para cálculo deste indicador as creditações e outras certificações (acreditação inferior ao nível máximo com reconhecimento ISQUA) válidas por pelo menos 180 dias no ano-base do IDSS avaliado: Quadro 1: Atributo de Rede Ícone Legenda Qualidade Hospitais A Programa de Acreditação Acreditação acreditação inferior ao nível máximo Hospitais Outras C Certificações com reconhecimento ISQUA

Meta

A meta é atingir um resultado maior ou igual a 0,30 para a frequência de utilização de hospitais com acreditação em saúde reconhecidos pelo Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS ou Outras Certificações (acreditação inferior ao nível máximo com reconhecimento ISQUA)

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



Conceituação

Mostra a proporção de utilização pelos beneficiários da operadora, de rede SADT com Acreditação em saúde reconhecidos pelo Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, nos termos da Resolução Normativa 510/2022, e Outras Certificações (acreditação inferior ao nível máximo com reconhecimento ISQUA) comparativamente ao total de utilização da rede de SADT da operadora. Para cálculo deste indicador, são considerados os prestadores de serviços de saúde da rede da Operadora, que tenham cadastro no CNES como Serviço de Apoio à Diagnose e Terapias - SADT e que estejam com cadastro ativo no RPS. Será considerado para cálculo deste indicador as creditações ou outras certificações (acreditação inferior ao nível máximo com reconhecimento ISQUA) válidas por pelo menos 180 dias no ano-base do IDSS avaliado: Quadro 1: Atributo de Rede Ícone Legenda Qualidade SADT Acreditação A Programa de Acreditação acreditação inferior ao nível SADT Outras Certificações C máximo com reconhecimento ISQUA

Meta

A meta é atingir um resultado maior ou igual a 0,20 para a frequência de utilização de Serviço de Apoio à Diagnose e Terapias (SADT) com acreditação em saúde, reconhecidos pelo Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS ou Outras Certificações (acreditação inferior ao nível máximo com reconhecimento ISQUA).

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

NA

Conceituação

Crescimento de beneficiários titulares na carteira da operadora por meio de comercialização de planos individuais regulamentados. Este indicador (bônus) não se aplica às operadoras da modalidade de autogestão.

Meta

A meta é atingir um crescimento da Carteira de beneficiários titulares em planos individuais regulamentados de: 🇧🇷 Para operadoras exclusivamente médico-hospitalares: 1,5% a.a.. 🇧🇷 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.

2.9. Taxa de Dentes Permanentes com Tratamento Endodônticos Concluído (Acesso ao Tratamento de Canal)

NA

Conceituação

Número médio de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído para cada 10 beneficiários com 12 anos ou mais de idade no ano-base avaliado.

Meta

Apresentar resultado igual ou superior a 70% da média esperada para o ano, ou seja, 0,53 dentes com tratamento endodôntico concluído para cada 10 beneficiários com 12 anos ou mais.

2.10. Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Atributo: Qualidade Monitorada (Monitoramento da Qualidade Hospitalar)



Conceituação

Mensura a proporção de utilização pelos beneficiários da operadora, de rede de hospitais gerais que participam do Programa de Monitoramento da Qualidade da Assistência Hospitalar (PM-Qualiss Hospitalar) comparativamente ao total de utilização da rede de hospitais gerais da operadora. O PM Qualiss Hospitalar é parte integrante do Qualiss e avalia o desempenho dos prestadores de serviços hospitalares que atuam na saúde suplementar, por meio de coleta mensal de indicadores assistenciais. No programa estão incluídos exclusivamente os hospitais classificados como Hospital Geral. Dessa forma, para o cálculo deste indicador, são considerados os prestadores de serviços de saúde da rede da Operadora, classificados como Hospital Geral, e que estejam com cadastro ativo no RPS. Será considerado para cálculo deste indicador, os hospitais com o atributo de qualificação: “qualidade monitorada” que participaram efetivamente no programa. A participação efetiva requer o reporte de dados nas 12 competências do ano base avaliado. Quadro 1: Atributo de Rede Ícone Legenda Qualidade Programa de Monitoramento da PM-QUALISS Hospitais Q Qualidade da Assistência Hospitalar Hospitalar

Meta

A meta é atingir um resultado igual ou superior a 90% para a frequência de internações de beneficiários da operadora em hospitais que participam efetivamente do PMQUALISS Hospitalar, para que a operadora faça jus à bonificação máxima de 20% sobre a nota da dimensão IDGA sem bônus, conforme a tabela a seguir:

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 Capital Regulatório (ICR) (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)



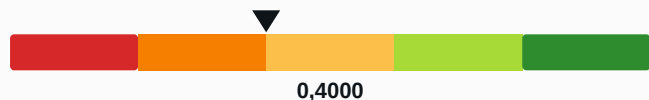
Conceituação

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 95%.

3.3. Índice Geral de Reclamações Anual (IGR Aual) (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. O indicador diferencia as reclamações médico-hospitalares das exclusivamente odontológicas, estabelecendo metas específicas para esses subgrupos.

Meta

A meta foi estipulada com base nos dados de 2022 analisados separadamente para planos que possuam alguma segmentação Médico-Hospitalar e planos com cobertura assistencial Exclusivamente Odontológica. Dessa forma, para os planos de segmentação médico-hospitalar, foi estabelecida uma meta de 2 reclamações para cada conjunto de 100.000 beneficiários. Já Pontuação para os planos de segmentação exclusivamente odontológica foi definida a meta de 0,5 reclamações para cada conjunto de 100.000 beneficiários.

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



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 de acordo com a metodologia estabelecida pela ANS para o ano-base avaliado, 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 encontra-se disponibilizado 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, 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. Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos (Moderação de Reajustes)



Conceituação

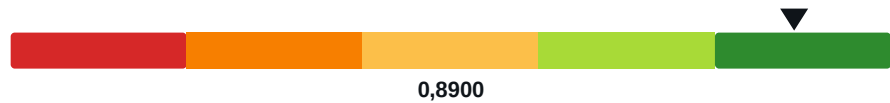
Avaliar a dispersão de reajustes aplicados a contratos coletivos na carteira da operadora, e o desvio à direita em relação a um índice de reajuste de contratos coletivos (apurado via sistema de Reajustes de Planos Coletivos - RPC para o ano-base).

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), em cada segmento (MH e OD), e um valor do coeficiente de variação inferior a 0,15. O cálculo da média depende dos resultados de todas as operadoras avaliadas. Portanto, não existe a possibilidade de disponibilização prévia. A média do setor é disponibilizada no portal da ANS, em conjunto com os resultados do IDSS do ano-base avaliado, no documento intitulado "Parâmetros do Setor".

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 Beneficiário)



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 Beneficiários de Plano de Saúde)



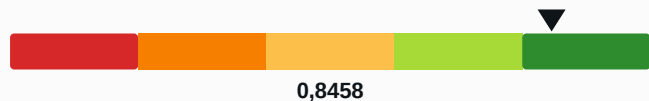
Conceituação

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

Meta

Resultado da operadora inferior ao valor correspondente ao P80 (Percentil 80). O cálculo do percentil depende dos resultados dos indicadores que utilizam a o percentil como parâmetro, de todas as operadoras avaliadas. Portanto, não existe a possibilidade de disponibilização prévia. O percentil 80 (P 80) e percentil 97,5 (P 97,5) são disponibilizados no portal da ANS, em conjunto com os resultados do IDSS do ano-base avaliado, no documento intitulado "Parâmetros do Setor".

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



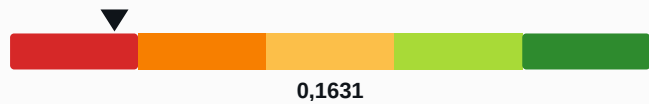
Conceituação

Relação entre o Total do Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde do Padrão TISS enviados à – ANS e o Total do Valor em Reais da Despesa dos Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados, exceto despesas com o Sistema Único de Saúde – SUS e Recuperações, informados no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS; da Assistência à Saúde Hospitalar e Odontológica; pela operadora de plano privado de saúde; 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 (separada por segmento - Médico-Hospitalar – MD e Odontológico – OD), 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)



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%.