

### Avaliação de Desempenho IDSS 2021 (ano-base 2020)

Nome Fantasia:	UNIMED DE BIRIGUI
Registro ANS:	34577-6
CNPJ:	65732836000126
Razão Social:	UNIMED DE BIRIGUI - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
Situação do Registro ANS:	Ativa
Total de Consumidores:	19563
Tipo:	Operadora médico-hospitalar
Modalidade:	Cooperativa Médica

**Atenção:** Os resultados finais de alguns indicadores podem ter sofrido influência da aplicação das metodologias estatísticas de padronização direta por faixa etária, sexo e/ou bayes empírico (consultar as Fichas Técnicas dos Indicadores do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar 2021 ano-base 2020)

#### IDSS 2021 (ano-base 2020) da operadora 0,5647

Pontuação para operadora acreditada	Pontuação
Indicador bônus - Operadora não pontuada	Indicador bônus
Operadora Acreditada pelo Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde no ano considerado.	Operadora não pontuada

Dimensão	Pontuação
<b>1 - IDQS - QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE</b> 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.	0,6009
<b>2- IDGA - GARANTIA DE ACESSO</b> Condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores.	0,2817
<b>3 - IDSM - SUSTENTABILIDADE NO MERCADO</b> Monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando seu equilíbrio econômico-financeiro, passando pela satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores.	0,8166
<b>4 - IDGR - GESTÃO DE PROCESSOS E REGULAÇÃO</b> Entre outros indicadores, essa dimensão afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS.	0,5500

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
<p><b>1 - IDQS - QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE</b></p> <p>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.</p>	0,6009
<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
1.1. Proporção de Parto Cesáreo (Estímulo ao Parto Normal)	Indicador não aplicável
<p><b>Conceituação</b></p> <p>Percentual de partos cesáreos realizados nas beneficiárias da operadora, no período considerado.</p> <p><b>Meta</b></p> <p>A meta é atingir um resultado igual ou inferior a 45% de partos cesáreos, ou redução maior ou igual a 10% em relação à proporção de partos cesáreos do ano anterior.</p>	
<p><b>Operadora com menos de 100 partos informados no TISS no ano base.</b></p>	

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
<b>1 - IDQS - QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE</b>  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.	0,6009

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
1.2. Taxa de Consultas de Pré-Natal (Atenção ao Pré-Natal)	0,5263

**Conceituação**

Número de consultas de pré-natal realizados pela operadora nas beneficiárias grávidas no período considerado.

**Meta**

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

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
Numerador	Número de consultas de pré-natal com ginecologista/obstetra realizadas pela operadora nas beneficiárias, univocamente identificadas, grávidas no ano-base e no ano anterior (até 42 semanas antes do parto)	88,0000
Denominador	Total de partos em beneficiárias no ano-base, univocamente identificadas, em planos que contenham segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetria e segmentação exclusivamente hospitalar com obstetria no ano-base	19,0000
Resultado alcançado no indicador		4,6315

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
<b>1 - IDQS - QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE</b>  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.	0,6009

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
1.3. Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos (Fratura em idosos)	1,0000

**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.

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
Numerador	Número de internações hospitalares por fratura de fêmur em beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais.	0,0000
Denominador	Média de beneficiários em planos que contenham segmentação hospitalar com 60 anos ou mais de idade	1637,9166
Resultado alcançado no indicador	x 1000, após padronização	0,0012

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
<b>1 - IDQS - QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE</b>  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.	0,6009

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
1.4. Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 anos (Cuidado Integral da Criança até os 4 anos)	0,4445

#### **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.

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>	
Numerador	Número de consultas ambulatoriais com pediatra para beneficiários com idade menor que 1 ano + Número de consultas ambulatoriais com pediatra para beneficiários com idade entre 1 e 4 anos	1532,0000	2266,0000
Denominador	8 x (Média de beneficiários com idade até 1 ano em planos que contenham a segmentação ambulatorial, no período considerado) + 2,7 x (Média de beneficiários com idade entre 1 e 4 anos em planos que contenham a segmentação ambulatorial, no período considerado)	375,0000	1832,3333
Resultado alcançado no indicador		0,4778	

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
<b>1 - IDQS - QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE</b>  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.	0,6009

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
1.5. Taxa de Citopatologia Cérvico-Vaginal Oncótica (Preventivo de Câncer de Colo do Útero)	0,6087

**Conceituação**

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

**Meta**

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 1 exame a cada três anos.

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
Numerador	Número total do primeiro procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncótica realizado no período considerado em beneficiárias univocamente identificadas de 25 a 64 anos	1294,0000
Denominador	Média de beneficiárias em planos que contenham segmentação ambulatorial na faixa etária de 25 a 64 anos	6085,6666
Resultado alcançado no indicador	X 100	21,263

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
<b>1 - IDQS - QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE</b>  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.	0,6009

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
1.6. Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada (Cuidado ao Diabético)	0,6178

#### **Conceituação**

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

#### **Meta**

Apresentar taxa 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.

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
Numerador	Somatório a partir do segundo exame de hemoglobina glicada realizado pelo beneficiário univocamente identificado, com idade $\geq$ 19 anos e $\leq$ 75 anos, realizados em regime ambulatorial, no período considerado	936,0000
Denominador	6,7% da média de beneficiários no período considerado com idade $\geq$ 19 anos e $\leq$ 75 anos em planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado	819,2983
Resultado alcançado no indicador	após padronização	1,312

Dimensão	Pontuação
<p>1 - IDQS - QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE</p> <p>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.</p>	0,6009
Indicador	Pontuação
1.7. Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - CÁRIE (Prevenção da Cárie)	Indicador não aplicável
<p><b>Conceituação</b></p> <p>Percentual do número de procedimentos voltados à preservação das estruturas dentárias em relação ao número total de procedimentos odontológicos realizados no período de análise.</p> <p><b>Meta</b></p> <p>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).</p>	
<p><b>Excluir da análise dos indicadores odontológicos as operadoras que não possuem beneficiários odontológicos nos 12 meses do ano avaliado</b></p>	



Dimensão	Pontuação
<p>1 - IDQS - QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE</p> <p>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.</p>	0,6009
Indicador	Pontuação
<p>1.8. Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - PERIODONTIA (Cuidados com a Gengiva)</p>	Indicador não aplicável
<p><b>Conceituação</b></p> <p>Percentual do número de procedimentos preventivos em periodontia em relação ao número total de procedimentos odontológicos realizados no período de análise.</p> <p><b>Meta</b></p> <p>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).</p>	
<p><b>Excluir da análise dos indicadores odontológicos as operadoras que não possuem beneficiários odontológicos nos 12 meses do ano avaliado</b></p>	

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
<b>1 - IDQS - QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE</b>  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.	0,6009

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
1.9. Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos (Cuidado Integral do Idoso)	0,0000

**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 meta é atingir 1 consulta com generalista para até 5 consultas com especialistas (1:5 = 0,2)

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
Numerador	Número de consultas ambulatoriais realizadas por Generalista em beneficiários com 60 anos ou mais	156,0000
Denominador	Número de consultas ambulatoriais com outros Especialistas para beneficiários com 60 anos ou mais	6853,0000
Resultado alcançado no indicador		0,0227

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
<b>1 - IDQS - QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE</b>  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.	0,6009

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
1.10. Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças dos Clientes)	1,0000

#### **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 aprovados junto à ANS.

#### **Meta**

Estimular as OPS a desenvolverem programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, contribuindo para a melhoria dos níveis de saúde da população beneficiária.

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
Numerador	Pontuação base= 0,10 dada às operadoras que tiverem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados junto à ANS.	0,1
Denominador	-	1,0000
Resultado alcançado no indicador	(Pontuação Base + IDQS) <= 1	0,1

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
<b>1 - IDQS - QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE</b>  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.	0,6009

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
1.11. Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS (Participação do Plano de Saúde em Projetos de Qualidade)	Indicador bônus Operadora não pontuada

### Conceituação

Pontuação base atribuída ao resultado da dimensão IDQS, para as operadoras que assinaram Termo de Compromisso / Termo de Acompanhamento em um dos Projetos: (1) Parto Adequado; (2) Projeto-piloto em APS até o último dia útil do ano-base analisado. Também será atribuída às Operadoras cuja certificação em Atenção Primária em Saúde - APS, obtida junto a uma Entidade Acreditadora em Saúde, tenha sido concedida até o último dia útil do ano-base analisado. A pontuação base referente ao projeto é limitada a 0,15. Não cumulativa. Caso a operadora também seja certificada em APS, a pontuação base máxima será de até 0,30.

### Meta

Participar dos projetos de indução da Qualidade.

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
Numerador	Pontuação base = 0,10 (referente à pontuação base dada pela assinatura do Termo de Adesão a um dos Projetos) ou 0,15 para Projeto Parto Adequado, se a operadora: Apresentar redução da proporção de parto cesáreo em relação ao ano-base anterior maior do que 5% ou proporção de parto cesáreo menor ou igual a 45% no ano-base. ou Pontuação base para Certificação em APS de: Nível I: 0,30 Nível II: 0,23 Nível III: 0,15	0,0000
Denominador	-	0,0000
Resultado alcançado no indicador	(Pontuação Base + IDQS) <= 1	0,0000

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
<b>1 - IDQS - QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE</b>  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.	0,6009

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
<b>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 Profiss de Saúde)</b>	Indicador bônus Operadora não pontuada

#### **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

#### **Meta**

Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços a utilizarem modelos de remuneração baseados em valor que contribuam para a sustentabilidade e o aprimoramento da qualidade do cuidado na saúde suplementar.

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
Numerador	Pontuação base = 0,10 - referente à pontuação base dada pela participação no Projeto-Piloto Modelos de Remuneração baseados em valor	0,0000
Denominador	-	0,0000
Resultado alcançado no indicador	(Pontuação Base + IDQS) <= 1	0,0000

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
2- IDGA - GARANTIA DE ACESSO  Condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores.	0,2817

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
2.1. Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário (Renal Crônico)	0,0237

**Conceituação**

Número médio de sessões de hemodiálise crônica realizadas por beneficiários de planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado. Considera também a Taxa de utilização do SUS

**Meta**

Apresentar um nº de sessões de hemodiálise crônica > 0,062 sessões por benef. por ano e apresentar utilização do SUS próxima de zero (considerou-se alta utilização do SUS taxa acima de 0,006663 aa)

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
Numerador	Número de sessões de hemodiálise crônica realizadas no TISS	26,0000
Denominador	Média de beneficiários em planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado (Benef)	18930,1666
Taxa de Ressarcimento de Hemodiálise ao SUS	NUH = Total de eventos identificados de utilização da rede do SUS para Hemodiálise por beneficiários da operadora de saúde suplementar, tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento e Média de Beneficiários em planos que incluem a segmentação ambulatorial (Benef)	/ 19986,3333
Resultado alcançado no indicador	após padronização	0,0014

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
2- IDGA - GARANTIA DE ACESSO  Condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores.	0,2817

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
2.2. Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos (Médico de Referência do Idoso)	0,0000

**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.

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
Numerador	Total de consultas ambulatoriais, com médico generalista para idoso na faixa etária de 60 anos ou mais	156,0000
Denominador	Média de beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais em planos que contenham a segmentação ambulatorial no período considerado	2262,8333
Resultado alcançado no indicador	após padronização	0,0687

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
2- IDGA - GARANTIA DE ACESSO  Condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores.	0,2817

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
2.3. Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 horas (Acesso a Urgência e Emergência)	0,6666

**Conceituação**

O indicador analisa de forma combinada a dispersão e a utilização dos serviços de urgência e emergência que compõem a rede da operadora.

**Meta**

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

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>	
Numerador	Nº de municípios com disponibilidade de serviços de Urgência e Emergência e Nº de estabelecimentos de urgência /emergência cadastrados na rede assistencial dos planos e utilizados pelos beneficiários da operadora	4,0000	1,0000
Denominador	Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial de urgência /emergência e Nº de estabelecimentos de urgência/emergência utilizados pelos beneficiários da operadora	4,0000	3,0000
Resultado alcançado no indicador	$[50\% \times (N1/D1) + 50\% \times (N2/D2)] \times 100$	66,6666	



<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
<p>2- IDGA - GARANTIA DE ACESSO</p> <p>Condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores.</p>	0,2817
<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
2.4. Taxa de Primeira Consulta ao Dentista por Beneficiário por ano (Consulta com Dentista)	Indicador não aplicável
<p><b>Conceituação</b></p> <p>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.</p> <p><b>Meta</b></p> <p>O ideal é que cada beneficiário (&gt; 2 anos de idade) faça uma consulta anual com dentista. A meta é atingir 50% do ideal (resultado igual ou superior a 0,5 consultas odontológicas por benef. no ano).</p> <p><b>Excluir da análise dos indicadores odontológicos as operadoras que não possuem beneficiários odontológicos nos 12 meses do ano avaliado</b></p>	

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
<p>2- IDGA - GARANTIA DE ACESSO</p> <p>Condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores.</p>	0,2817
<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
2.5. Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica (Acesso ao Dentista)	Indicador não aplicável
<p><b>Conceituação</b></p> <p>O indicador analisa de forma combinada a dispersão e a utilização dos serviços odontológicos que compõem a rede da operadora.</p> <p><b>Meta</b></p> <p>Apresentar prestadores odontológ. em 100% dos municípios com previsão de cobertura assist. odontológ. Atingir 100% dos atendimentos odontológ. em prestadores cadastrados na rede da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS.</p> <p><b>Excluir da análise dos indicadores odontológicos as operadoras que não possuem beneficiários odontológicos nos 12 meses do ano avaliado</b></p>	

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
2- IDGA - GARANTIA DE ACESSO  Condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores.	0,2817

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
2.6. Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Atributo de Qualidade (Qualidade de Hospitais)	1,0000

#### **Conceituação**

Mostra a proporção de utilização pelos beneficiários da operadora, de rede de hospitais com Atributo de Qualidade, conforme o Programa QUALISS, nos termos da RN 405/2016, comparativamente ao total de utilização da rede da operadora.

#### **Meta**

A meta é atingir 80% da mediana do setor (MS) para a frequência de utilização de prestadores com atributo de qualidade no Programa QUALISS.

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
Numerador	Total de Utilização de rede de Hospitais com atributo de qualidade	34,0000
Denominador	Total de Utilização de rede de Hospitais	346,0000
Resultado alcançado no indicador		0,0982

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
2- IDGA - GARANTIA DE ACESSO  Condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores.	0,2817

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
2.7. Frequência de Utilização de Rede de SADT com Atributo de Qualidade (Qualidade de Laboratórios)	0,0000

**Conceituação**

Mostra a proporção de utilização pelos beneficiários da operadora, de rede de serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento (SADT) com Atributo de Qualidade, conforme o Programa QUALISS, nos termos da RN 405/2016, comparativamente ao total de utilização da rede da operadora

**Meta**

A meta é atingir 80% da mediana do setor (MS) para a frequência de utilização de prestadores com atributo de qualidade no Programa QUALISS.

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
Numerador	Total de Utilização de rede SADT com atributo de qualidade	232,0000
Denominador	Total de Utilização de rede de SADT	69519,0000
Resultado alcançado no indicador		0,0033

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
2- IDGA - GARANTIA DE ACESSO  Condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores.	0,2817

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
2.8. Índice de efetiva comercialização de planos individuais (Acesso à Contratação Individual)	Indicador bônus Operadora não pontuada

**Conceituação**

Mostra o crescimento de beneficiários titulares na carteira de planos individuais regulamentados.

**Meta**

Atingir um crescimento da carteira de beneficiários titulares em planos individuais regulamentados de :

- OPS exclusivamente MH: 1,5% a.a.;
- OPS exclusivamente OD: 4,0% a.a.;
- OPS MH que atuam no segmento OD: atingir as metas indicadas, de acordo com a carteira MH ou OD

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>	
Numerador	Nº médio de beneficiários individuais titulares MH no ano-base e Nº médio de beneficiários individuais titulares OD no ano-base	7041,8333	0,0000
Denominador	Nº médio de beneficiários individuais titulares MH no ano anterior e Nº médio de beneficiários individuais titulares OD no ano anterior	7143,0000	0,0000
Resultado alcançado no indicador	Bônus até 10%, calculado a partir do crescimento da carteira de beneficiários titulares em planos individuais regulamentados e da segmentação assistencial da operadoras (MH ou OD ou MH+OD, com peso 2 (MH) e 1 (OD))	-	

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
3 - IDSM - SUSTENTABILIDADE NO MERCADO  Monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando seu equilíbrio econômico-financeiro, passando pela satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores.	0,8166

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
3.1. Índice de Capital Regulatório (ICR)	0,9000

**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.

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
Numerador	Patrimônio Líquido Ajustado	10193497,24
Denominador	Capital Regulatório	8881131,9472
Resultado alcançado no indicador		1,1477

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
3 - IDSM - SUSTENTABILIDADE NO MERCADO  Monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando seu equilíbrio econômico-financeiro, passando pela satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores.	0,8166

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
3.2. Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar (Resolução de Queixas do Cliente)	0,6000

**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%.

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
Numerador	Total de demandas NIP assistenciais e não assistenciais classificadas como: RVE, INATIVA e NP	10,0000
Denominador	Total de demandas NIP assistenciais e não assistenciais classificadas como: RVE, INATIVA, NP e Núcleo	12,0000
Resultado alcançado no indicador	x 100	83,3333

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
3 - IDSM - SUSTENTABILIDADE NO MERCADO  Monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando seu equilíbrio econômico-financeiro, passando pela satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores.	0,8166

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
3.3. Índice Geral de Reclamações (IGR) (Reclamações Gerais do Cliente)	1,0000

**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. A meta é de 7,07 reclamações para cada conjunto de 100.000 beneficiários.

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
Numerador	Total de Demandas NIP Classificadas: (RVE, INATIVA, NÚCLEO e NP)	12,0000
Denominador	(Média do número de beneficiários dos doze meses do ano base)	19242,1666
Resultado alcançado no indicador	$[(N/D) \times 100.000] / 12$	5,1969



Dimensão	Pontuação
<p>3 - IDSM - SUSTENTABILIDADE NO MERCADO</p> <p>Monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando seu equilíbrio econômico-financeiro, passando pela satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores.</p>	0,8166
Indicador	Pontuação
3.4. Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos (Preço do plano de Saúde)	Indicador não aplicável
<p><b>Conceituação</b></p> <p>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.</p> <p><b>Meta</b></p> <p>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.</p>	
<p><b>Indicador não disponível para cálculo no ano-base 2020. Foi atribuído peso zero a este indicador, e não afetará o resultado do IDSS</b></p>	

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
3 - IDSM - SUSTENTABILIDADE NO MERCADO  Monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando seu equilíbrio econômico-financeiro, passando pela satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores.	0,8166

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
3.5. Pesquisa de Satisfação do Beneficiário (Satisfação do Cliente/Paciente)	Indicador bônus Operadora não pontuada

**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.

**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.

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
Numerador	Pontuação base= 0,25 dada às operadoras que realizaram a pesquisa de satisfação de acordo com o Documento Técnico	0,0000
Denominador	-	0,0000
Resultado alcançado no indicador	$(0,25 + \text{IDSM}) \leq 1$	0,0000

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
3 - IDSM - SUSTENTABILIDADE NO MERCADO  Monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando seu equilíbrio econômico-financeiro, passando pela satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores.	0,8166

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
3.6. Autorização prévia anual para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários (Gestão Financeira Ativa)	Indicador bônus Operadora não pontuada

#### **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**

Estimular que as operadoras de planos privados de assistência à saúde obtenham a autorização prévia anual para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários.

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
Numerador	Resultado do IDSM + (IDSM*0,10)	0,0000
Denominador	Resultado do IDSM + (IDSM*0,10)	0,0000
Resultado alcançado no indicador		0,0000

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
3 - IDSM - SUSTENTABILIDADE NO MERCADO Monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando seu equilíbrio econômico-financeiro, passando pela satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores.	0,8166

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
3.7. Índice de Reajuste Médio Ponderado aplicado aos Planos Coletivos (Dispersão de Reajustes)	0,0000

#### **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 da OPS menor ou igual ao reajuste de referência do RPC (reajuste médio ponderado dos contratos coletivos com 30 vidas ou mais de todas as OPS); e um valor do coeficiente de variação dos reajustes da OPS inferior a 0,15.

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>	
Numerador	N1 = Soma de (Percentual de reajuste do contrato x N° de beneficiários do contrato) e N2 = Desvio Padrão	476,6148	0,2140
Denominador	D1 = Soma de N° de beneficiários do contrato D2 = Média ponderada dos reajustes da operadora (N1 / D1)	2674,0000	0,1782
Resultado alcançado no indicador	Média ponderada dos reajustes aplicados em contratos coletivos no ano-base, da operadora (N1/D1) e Coeficiente de variação (CV) dos reajustes da Operadora (N2/D2)	-	

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
<b>4 - IDGR - GESTÃO DE PROCESSOS E REGULAÇÃO</b>  Entre outros indicadores, essa dimensão afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS.	0,5500

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
4.1. Índice composto de Qualidade Cadastral (SIB) (Qualidade dos Dados de Cadastro do Cliente)	1,0000

**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.

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
Numerador	Beneficiários ativos com plano, CNS e CPF válidos + Beneficiários dependentes menores ativos Identificados e com plano e CNS válido	19861,0000
Denominador	Total de beneficiários ativos da Operadora no Sistema de Informações de Beneficiários	19900,0000
Resultado alcançado no indicador	x 100	99,804

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
<b>4 - IDGR - GESTÃO DE PROCESSOS E REGULAÇÃO</b>  Entre outros indicadores, essa dimensão afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS.	0,5500

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
4.2. Taxa de utilização do SUS (Utilização do SUS por Cliente de Plano de Saúde)	1,0000

**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).

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
Numerador	Número total de eventos de utilização da rede do SUS por beneficiários da operadora, tratados com estimativa baseada no histórico de ressarcimento	42,9444
Denominador	Média de Beneficiários da Operadora	19986,3333
Resultado alcançado no indicador		0,0021

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
<b>4 - IDGR - GESTÃO DE PROCESSOS E REGULAÇÃO</b>  Entre outros indicadores, essa dimensão afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS.	0,5500

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
<b>4.3. Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS) (Qualidade da Informação em Saúde Enviada para a ANS)</b>	0,0000

#### **Conceituação**

Relação entre o 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 as 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.

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
Numerador	Total do Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde	181503436,22
Denominador	Total do valor em Reais da despesa assistencial e Total do Valor da Receita de Corresponsabilidade Cedida.	35336566,89
Resultado alcançado no indicador		5,1364

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
<b>4 - IDGR - GESTÃO DE PROCESSOS E REGULAÇÃO</b>  Entre outros indicadores, essa dimensão afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS.	0,5500

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
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)	0,0000

#### **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 - Médico-Hospitalar e Odontológico, melhor a pontuação alcançada no indicador, sendo a pontuação máxima alcançada na situação de resultado do indicador inferior ao percentil 15, ou seja, quando a operadora está entre os 15% de operadoras do segmento MH ou OD que menos glosam.

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>	
Numerador	Valor, em R\$, do somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais e Números de prestadores com procedimentos e itens assistenciais glosados	166875563,15	223,0000
Denominador	Valor, em R\$, do somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais e Total de prestadores da Operadora com troca de informação no mesmo período	180926905,45	229,0000
Resultado alcançado no indicador	$(0,75 \times N1 / D1) + (0,25 \times N2 / D2)$	0,9352	



<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>
<b>4 - IDGR - GESTÃO DE PROCESSOS E REGULAÇÃO</b>  Entre outros indicadores, essa dimensão afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS.	0,5500

<b>Indicador</b>	<b>Pontuação</b>
<b>4.5. Proporção de Diagnósticos Inespecíficos nos Eventos de Internação Preenchidos nas Guias TISS (Qualidade dos Dados do Diagnóstico)</b>	1,0000

#### **Conceituação**

Pontuação bônus de 10% sobre a pontuação da dimensão de Gestão e regulação (IDGR) para as operadoras que ficarem com resultado menor ou igual a 30% .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 o 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%.

	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
Numerador	Número de CID inespecíficos nos eventos de internação	1,0000
Denominador	Número total de eventos de internação com CID	308,0000
Resultado alcançado no indicador	x 100	0,3246

**Notas:**

1. Caso todos os indicadores da dimensão (IDQS e/ou IDGA) recebam pontuação zero por motivo de inconsistência, os resultados por indicador são apresentados no Relatório dos Resultados Preliminares do IDSS 2021 (ano-base 2020) como inconsistentes (em escala de cor cinza e pontuação ZERO), e as dimensões são zeradas.

As situações que geram inconsistências nos indicadores (críticas) são:

- a) Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30%: Conforme estabelecido na IN nº 68, de 11 de maio de 2017, que alterou a IN nº 60, de 09 de outubro de 2015, será aplicada a pontuação zero às operadoras que apresentarem o Índice de completude dos dados do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) inferior a 30% no ano-base avaliado, para os indicadores que tenham os dados do Padrão TISS como fonte de dados (indicadores: 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 4.4, 4.5).
  - b) 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.
  - c) 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.
  - d) A operadora não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base avaliado.
2. 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: 1.2, 1.8, 1.9.
  3. 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 a 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 2020, não há como considerar, nos indicadores, os dados enviados após a data de corte estabelecida (30/04/2021).