

IDSS 2022

ano-base 2021

Resultado Final do
Índice de Desempenho
da Saúde Suplementar



Dados da operadora:

Leve Saúde Operadora de Planos de Saúde S.A

Nome Fantasia: Leve Saúde

Registro ANS: 42233-9

CNPJ: 36.503.186/0001-49

Razão Social: LEVE SAUDE OPERADORA DE PLANOS DE SAUDE S.A

Situação do Registro ANS: Ativa

Total de Consumidores: 22.183

Tipo: Operadora médico-hospitalar

Modalidade: Medicina de Grupo





IDSS 2022

ano-base 2021





Pontuação para operadora acreditada:
Operadora não acreditada

Indicador bônus:
Operadora não pontuada

Meta:
Estimular que paulatinamente 100% das operadoras sejam acreditadas em qualquer nível.

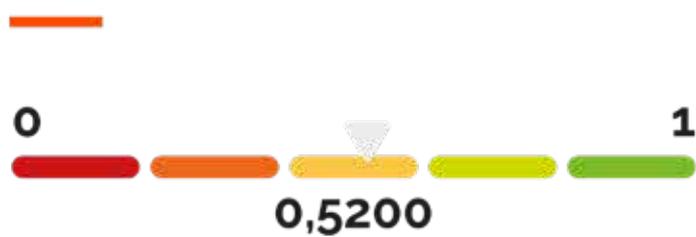
Pontuação-base:
0,30: Para operadoras Nível I
0,23: Para Operadoras Nível II
0,15: Para Operadoras Nível III





IDQS

QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE



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)

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

Indicador não aplicável

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.

1.2. Taxa de consultas de pré-natal (atenção ao pré-natal)

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

Indicador não aplicável

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

1.3. Taxa de internação por fratura de fêmur em idosos (fratura em idosos)

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



A meta é atingir um valor menor ou igual a 2,26 para as operadoras de pequeno porte, 2,68 para as operadoras de médio porte e 2,78, para as operadoras de grande porte, no período considerado.

1.4. Razão de consultas ambulatoriais de pediatria por beneficiário de 0 a 4 anos (cuidado integral da criança até os 4 anos)

Razão entre as consultas ambulatoriais para o cuidado integral da criança por beneficiários de até 4 anos em relação ao número total de consultas recomendadas no período considerado.



A meta é 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.

1.5. Taxa de citopatologia cérvico-vaginal oncótica (preventivo de câncer de colo do útero)

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.



A meta 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 1 exame a cada três anos.

1.6. Taxa de exames de hemoglobina glicada (cuidado ao diabético)

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



A meta é 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.

1.7. Proporção de procedimentos preventivos em saúde bucal - CÁRIE (prevenção da cárie)

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

Indicador não aplicável

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)

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

Indicador não aplicável

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)

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.



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

1.10. Taxa de exames de hemoglobina glicada (cuidado ao diabético)

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.



A meta é 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.

1.11. Participação em projetos de indução da qualidade da ANS (participação do plano de saúde em projetos de qualidade)

Pontuação base atribuída ao resultado da dimensão IDQS, para as operadoras que participam de um dos Projetos/Programas de indução da qualidade: (1) Parto Adequado; (2) Projeto-piloto em APS ; ou (3) Certificação em Atenção Primária à Saúde - APS até o último dia útil do ano-base analisado. A pontuação base referente ao projetos é limitada a 0,15. Não cumulativa. Caso a operadora também seja certificada em APS, a pontuação base máxima será de até 0,30.



A meta é participar dos projetos de indução da Qualidade.

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)

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.



A meta é 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.



IDGA

GARANTIA DE ACESSO



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)

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.



A meta é 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).

2.2. Taxa de consultas médicas ambulatoriais com generalista por idosos (médico de referência do idoso)

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



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 24 horas)

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



A meta é apresentar serviços urg./emerg. 24h 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.

2.4. Taxa de primeira consulta ao dentista por beneficiário por ano (consulta com dentista)

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.

Indicador não aplicável

A meta ideal é que cada beneficiário (> 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).

2.5. Índice de dispersão combinado da rede assistencial odontológica (acesso ao dentista)

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

Indicador não aplicável

A meta é 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.

2.6. Frequência de utilização de rede de hospitais com atributo de qualidade (qualidade de hospitais)

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.



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

2.7. Frequência de utilização de rede de SADT com atributo de qualidade (qualidade de laboratórios)

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.



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

2.8. Índice de efetiva comercialização de planos individuais (acesso à contratação individual)

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



A meta é 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



IDSM

SUSTENTABILIDADE NO MERCADO



3

IDSMS - 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)

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



A meta é que a pontuação do indicador ICR da operadora seja igual a 1.

3.2. Taxa de resolutividade de notificação de intermediação preliminar (resolução de queixas do cliente)

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.



A meta é que a taxa de Resolutividade (TR) seja igual ou superior a 90,0%.

3.3. Índice geral de reclamações anual (IGR anual) (reclamações gerais do cliente)

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.



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.

3.4. Proporção de NTRPs com valor comercial da mensalidade atípicos (preço do plano de saúde)

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.



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)

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.



A meta é 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.

3.6. Autorização prévia anual para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários (gestão financeira ativa)

Pontuação bônus atribuída ao resultado do Índice de Desempenho da Dimensão Sustentabilidade de Mercado - IDSM, para as operadoras que, no escopo da Resolução Normativa nº 467, de 29 de abril de 2021, 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.



A mete é 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.

3.7. Índice de reajuste médio ponderado aplicado aos planos coletivos (moderação de reajustes)

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).

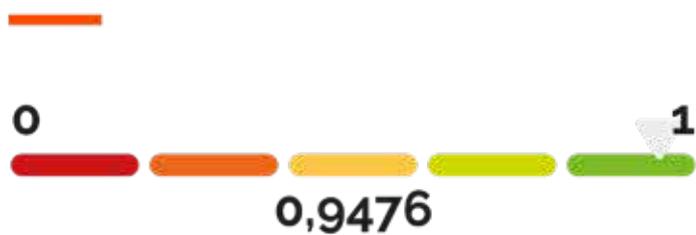


A meta é atingir conjuntamente: uma Média ponderada de reajustes aplicados em planos coletivos da OPS menor ou igual ao reajuste de referência do RPC (reajuste médio ponderado dos contratos coletivos com 30 vidas ou mais de todas as OPS); e um valor do coeficiente de variação dos reajustes da OPS inferior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



IDGR

GESTÃO DE PROCESSOS E REGULAÇÃO



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)

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.



A meta é 100% de qualidade no 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)

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.



A meta é que o resultado da operadora seja 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)

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 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.



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)

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.



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.

4.5. Proporção de diagnósticos inespecíficos nos eventos de internação preenchidos nas guias TISS (qualidade dos dados do diagnóstico)

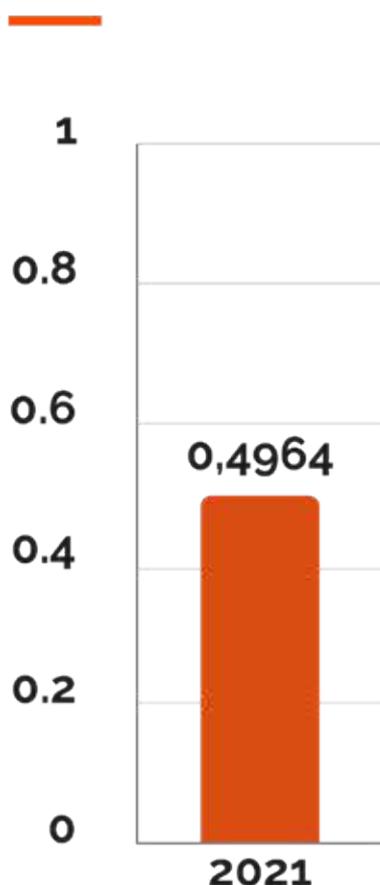
Pontuação bônus de 10% sobre a pontuação da dimensão de Gestão e regulação (IDGR) para as operadoras que ficarem com resultado menor ou igual a 30%. Mede a Qualidade do preenchimento do campo relativo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID nas 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.



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%.



Gráfico de evolução do **IDSS - TISS**



A ANS iniciou, a partir do IDSS ano-base 2017, uma nova etapa do Programa de Qualificação, que usa o Sistema de Informação do Padrão TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar) como fonte de dados para o processamento dos indicadores. A metodologia foi totalmente modificada, com os indicadores calculados sobre uma base de dados nova, gerando resultados que não são totalmente comparáveis com os anos anteriores.

Fonte:

https://www.ans.gov.br/qualificacao_consumidor/informacoes_operadora.asp?co_operadora_param=422339&cd_processamento_param=20220101#consulta_idss

Programa de Qualificação de Operadoras:

<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>



Leve saúde
Mais tempo para viver